UKE
HAMBURG

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



RECOVER: Manual 8a

Integrierte Versorgung für Psychosen inkl. Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) – das Hamburger Modell

Versorgung von schweren psychotischen Erkrankungen

©Herausgeber: Prof. Dr. Martin Lambert, Dipl. Psych. Vivien Kraft

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Gefördert durch



Gemeinsamer Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Impressum

Dieses Manual wurde im Original auf Deutsch veröffentlicht von Prof. Dr. Martin Lambert, Arbeitsbereich Psychosen, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Deutschland,
Tel.: +49 (0) 40 7410 - 24041 | Fax: +49 (0) 40 7410 - 52229 | Mail: lambert@uke.de

Ko-Autoren des Manuals sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Dr. Alexandra Bussopulos
Prof. Dr. Jürgen Gallinat
Prof. Dr. Anne Karow
Dipl.-Psych. Vivien Kraft
Dr. Christina Meigel-Schleiff
Dipl.-Psych. Dr. Michael Schödlbauer
Dr. Daniel Schöttle
aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dipl.-Ök. Susann Bargel
Dr. Gunda Ohm
aus der Strategischen Unternehmensentwicklung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Layout: C. Hottendorff (UKE)

Das Manual wurde als Teil von RECOVER erstellt. RECOVER ist das Synonym für ein neues Versorgungsmodell für Menschen mit psychischen Erkrankungen. RECOVER umfasst eine sektorenübergreifend-koordinierte, schweregradgestufte und evidenzbasierte Versorgung. RECOVER wird von 2017 bis 2020 durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert.

Abkürzungsverzeichnis

ACT – Assertive Community Treatment

cCT – cranielle Computertomografie

cMRT – cranielle Magnetresonanztomografie

CRT – Crisis Resolution Team

EEG – Elektroenzephalogramm

EIS – Early Intervention Services

EKG – Elektrokardiogramm

EP – Erwachsenenpsychiatrie

FACT – Flexibles Assertive Community Treatment

ICEP – Integrated Care Early Psychosis

ICM – Intensive Case Management

KJP – Kinder- und Jugendpsychiatrie

OECD – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

QALYs – Quality Adjusted Life Years

RACT – Ressource Group Assertive Community Treatment

RF – Risikofaktoren

RS – Recovery Services

STÄB – Stationsäquivalente Behandlung

TACT – Therapeutisches Assertive Community Treatment

UKE – Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Vorwort

Sehr geehrte
Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Interessierte,

Das Hamburger Modell ist ein Integriertes Versorgungsmodell nach § 140 a-g SGB V, dass Menschen mit schweren psychotischen Störungen eine sektorenübergreifend-koordinierte, langfristige und evidenzbasierte Behandlung zur Verfügung stellt. Es richtet sich speziell an Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolaren Störungen und schweren unipolaren Depressionen mit psychotischen Symptomen.

Das Modell wurde 2005 entwickelt und implementiert, nachfolgend von 2006 bis 2008 im Rahmen einer Sektorenvergleichsstudie untersucht (ACCESS I Studie). Am 1.5.2007 wurden die ersten Integrierten Versorgungsverträge mit den Krankenkassen DAK Gesundheit, HEK und IKK Classic geschlossen, 2009 trat die AOK Rheinland/Hamburg dem Vertrag bei. Alle Patienten, die seitdem in der Integrierten Versorgung behandelt werden, nehmen an einer kontinuierlichen Langzeitstudie teil (ACCESS II Studie). Zur Erweiterung auf Jugendliche und Ersterkrankte wurde 2011 die ACCESS III Studie begonnen, 2012 wurde das Modell auf Ersterkrankte und Jugendliche im Alter von 12–25 Jahren erweitert. 2013 fand eine inhaltliche Modifikation des Modells für Menschen mit Emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung statt. Im Jahre 2014 wurde zusammen mit den Krankenkassen DAK Gesundheit und IKK Classic der Vertrag auf die Indikation Borderline-Störungen erweitert.

Bei dem Hamburger Modell handelt es sich um ein sogenanntes Managed Care Capitation Modell mit der Organisationsform eines Provider Networks. Vertraglich bedeutet dies, dass das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) Vertragspartner der Krankenkassen ist und selbst Partner vertraglich einbindet. Capitation bedeutet, dass die gesamte Versorgung über eine Patienten-Jahrespauschale finanziert wird.

Strukturell umfasst das Modell den Zusammenschluss verschiedener stationärer, teilstationärer und ambulanter Institutionen und Personen. Für 18+ mehrfacherkrankte Patienten sind dies alle Psychose-relevanten Institutionen der Erwachsenenpsychiatrie, für 12–25 Jahre alte Patienten alle relevanten Institutionen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE. Kernelement in beiden Variationen ist ein sogenanntes Therapeutisches Assertive Community Treatment Team (TACT). TACT ist eine Modifikation

von Assertive Community Treatment (ACT), die sich v. a. durch die Spezialisierung auf schwere psychotische Störungen und durch die Verbesserung der sog. Team-Fidelity (das heißt durch die Beschäftigung von vorwiegend ärztlichen und psychologischen Psychose-Experten) auszeichnet.

Das vorliegende Manual „Integrierte Versorgung für Psychosen inklusive Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) – das Hamburger Modell" beinhaltet zwei wesentliche Aspekte:

1) Informationen zu Strukturen, Interventionen und Qualitätssicherung des Hamburger Modells und

2) Informationen zu Strukturen und Arbeitsweise der Therapeutischen Assertive Community Treatment (TACT) Teams.

Das Manual soll Kliniken und Klinikern helfen, die Integrierte Versorgung für schwere psychotische Störungen evidenzbasiert in das bestehende deutsche Versorgungssystem einzuführen. Damit wird ein Maximum an Effektivität und Effizienz erzeugt und die Sicherheit von Klienten, Angehörigen und Mitarbeitern gewährleistet.

Wir hoffen mit diesem Manual eine Hilfestellung geben zu können, um das deutsche Versorgungssystem für psychisch Kranke und ihre Familien und insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen evidenzbasierter, gemeindenaher und weniger stigmatisierend zu gestalten.

Die Autoren

Dipl. Ök. Susann Bargel

Dr. Alexandra Bussopulos

Prof. Dr. Jürgen Gallinat

Prof. Dr. Anne Karow

Dipl. Psych. Vivien Kraft

Prof. Dr. Martin Lambert

Dr. Christina Meigel-Schleiff

Dr. Gunda Ohm

Dipl. Psych. Dr. Michael Schödlbauer

Dr. Daniel Schöttle











Inhalt

Abkürzungsverzeichnis 3

Vorwort 4

1. Kapitel: Einführung und Entwicklungen 8

2. Kapitel: Schwere psychische Erkrankungen 10

2.1 Definition und Häufigkeit 10

2.2 Patientencharakteristika 11

2.3 Versorgungssituation und evidenzbasierte Versorgung 13

3. Kapitel: Integrierte Versorgung Hamburger Modell 16

3.1 Ziele 16

3.2 Managed Care 16

3.2.1 Capitation-Finanzierung 17

3.2.2 Workflow 17

3.3 Teilnehmende Krankenkassen 17

3.4 Indikation zur Teilnahme 17

3.5 Die Integrierten Versorgungsmodelle 19

3.5.1 Hamburger Modell für mehrfacherkrankte Patienten (18+ Jahre) 19

3.5.2 Hamburger Modell für Jugendliche und junge Erwachsene in der frühen Erkrankungsphase (12–29 Jahre) 21

3.6 Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) 21

3.6.1 Definition und Kernkomponenten von TACT 21

3.6.2 Vergleich traditionelles ACT und TACT 22

3.6.2.1 Unterschiede zwischen ACT und TACT 22

3.6.2.2 Gemeinsamkeiten von ACT und TACT 23

3.7 Strukturelle Rahmenbedingungen 25

3.7.1 Klinische Rahmenbedingungen 25

3.7.2 Rahmenbedingungen im Krankenhausmanagement 25

3.8 **Behandlung im Hamburger Modell** 25

3.8.1 Screening 25

3.8.2 Aufnahmeprozess 26

3.8.3 Eingangsuntersuchung 26

3.8.4 Behandlungsplanung und -ziele 27

3.8.5 Bezugstherapie und Behandlungskontinuität 27

3.8.6 Entlassungsmanagement 28

3.8.7 Rufbereitschaft 28

3.8.8 Aufsuchende Behandlung (Hausbesuche/Zuhause-Behandlung) 28

3.8.9 Pharmakotherapie 29

3.8.10 Psychotherapie 30

3.8.11 Soziotherapie 30

3.8.12 Prävention von Zwangsinterventionen 31

3.8.13 Familien- und Netzwerkgespräche 31

3.8.14 Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern 31

3.8.15 Zusammenarbeit mit anderen Partnern 32

3.8.16 Ausscheiden aus der Integrierten Versorgung 32

3.8.17 Falldokumentation und Leistungsdokumentation 32

3.9 **Qualitätssicherung** 34

3.10 **Effektivität und Effizienz des Hamburger Modells** 36

3.10.1 Effektivität 37

3.10.2 Effizienz 37

3.11 **Finanzierung** 37

3.11.1 Leistungsumfang 37

3.11.2 Jahrespauschalen 37

3.11.3 Folgepauschalen 39

Literatur 39

Einführung und Entwicklungen



1 Einführung und Entwicklungen

Das Hamburger Modell ist ein Integriertes Versorgungsmodell nach § 140 a–g SGB V, welches Menschen mit schweren psychotischen Störungen eine sektorenübergreifend-koordinierte, evidenzbasierte und langfristige Behandlung zur Verfügung stellt. Es wurde speziell für Menschen mit schweren Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolaren Störungen und schweren unipolaren Depressionen mit psychotischen Symptomen entwickelt.

Das Modell wurde 2005 entwickelt und implementiert, nachfolgend 2006 bis 2008 im Rahmen einer Sektorenvergleichsstudie hinsichtlich Effektivität und Effizienz untersucht (ACCESS I Studie; Lambert et al. 2010, Karow et al. 2012).

Am 1.5.2007 wurden die ersten Integrierten Versorgungsverträge nach § 140 SGB V mit den Krankenkassen DAK Gesundheit, HEK und IKK Classic geschlossen. Im Jahre 2009 trat die AOK Rheinland/Hamburg dem Vertrag bei. Alle Patienten, die seitdem in die Integrierte Versorgung eingeschlossen werden, nehmen an einer kontinuierlichen Langzeitstudie teil (ACCESS II Studie; Schöttle et al. 2014, Lambert et al. 2014a, Karow et al. 2014, Lambert et al. 2014b, Lambert et al. 2015a, Schöttle et al. 2015, Lambert et al. 2016a, Schmidt et al. 2017, Schöttle et al. under review, Lambert et al. Epub ahead of print).

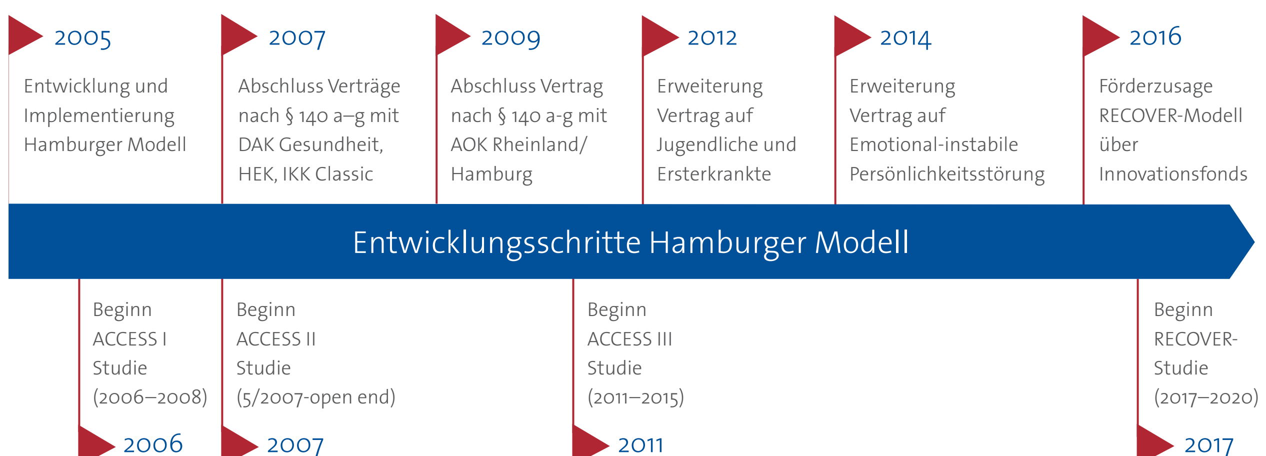


Abb. 1 Entwicklungsschritte des Hamburger Modells

Zunächst beschränkte sich die Indikation v.a. auf mehrfacherkrankte Patienten, also solche, die bereits mindestens zwei Episoden der Erkrankung erlebt hatten. Zur Erweiterung auf Jugendliche und Ersterkrankte wurde 2011 die ACCESS III Studie begonnen (Lambert et al. 2015b, 2016b, 2017a). 2012 wurde der Vertrag dann auf Ersterkrankte und Jugendliche im Alter von 12–25 Jahren erweitert.

In Zusammenarbeit mit dem Arbeitsbereich für Persönlichkeitsstörungen wurde dann im Jahre 2013 das Hamburger Modell für Menschen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung modifiziert und nachfolgend der Integrierte Versorgungsvertrag zusammen mit der DAK Gesundheit und der IKK Classic auf Borderline-Störungen erweitert (Schindler et al. 2016).

2. Kapitel

Schwere psychische Erkrankungen



2.1 Definition und Häufigkeit

Eine schwere psychische Erkrankung ist im Kern durch das Bestehen einer psychischen Störung und einem schwer und dauerhaft reduzierten Funktionsniveau definiert (Delespaul et al. 2013, Hedden et al. 2014).

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung leiden in Deutschland etwa 1% bis 2% aller Erwachsenen unter einer schweren psychischen Erkrankung, also etwa 500.000 bis 1.000.000 Menschen (Gühne et al. 2015). Die 1-Jahresprävalenz bezogen auf alle Personen mit psychischen Erkrankungen liegt bei Erwachsenen bei 6% und bei Jugendlichen bei 8% (Bagelman & Napili 2015). Auch über die gesamte Lebensspanne sind jüngere Personen häufiger betroffen als ältere (Hedden et al. 2014). Frauen erkranken häufiger als Männer (Hedden et al. 2014).

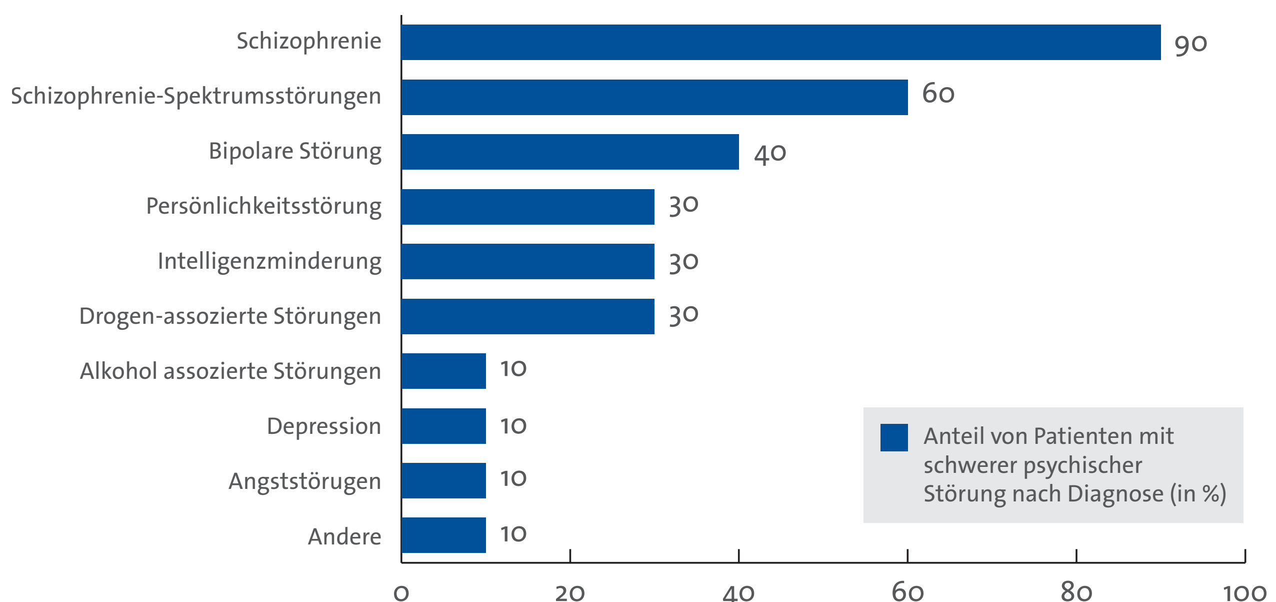


Abb. 2 Lebenszeitrisiko für schwere psychische Erkrankungen bei verschiedenen Erkrankungen (in %-Anzahl Patienten; nach Delespaul et al. 2013)

Das höchste Risiko, schwer psychisch zu erkranken, besteht bei psychotischen Störungen (siehe Abb. 2). Bei der Schizophrenie liegt das Risiko bei 90%, d.h. 9 von 10 Personen mit Schizophrenie werden oder sind schwer psychisch erkrankt (Delespaul et al. 2013). Aufgrund der langen Dauer der Erkrankung ohne eine Behandlung – Dauer der unbehandelten Psychose genannt – werden 60% bis 70% der Jugendlichen und junge Erwachsenen bei Erstkontakt zum Versorgungssystem schon mit Schizophrenie diagnostiziert (Zeitkriterium 6 Monate) und erfüllen schon die Kriterien bzw. haben ein hohes Risiko für eine schwere psychische Erkrankung (Addington et al. 2015, Lambert et al. 2015b, Lambert et al. Epub ahead of print a). Auch ein hohes Risiko besteht bei anderen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (60%) und bei Bipolar I Störungen oder schweren unipolaren Depressionen mit psychotischen Symptomen (40%). Weitere Risikogruppen sind Menschen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung (30%), Intelligenzminderung (30%) und Drogen-assoziierten Störungen (30%). Das Risiko bei Alkohol-assoziierten Störungen, Angststörungen oder Depressionen schwer psychisch zu erkranken, ist geringer (10%).

Bezogen auf 100% leiden 60% aller Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung unter einer psychotischen Störung, gefolgt von 40% mit vorwiegend emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung, schweren, zumeist rezidivierenden Depressionen ohne psychotische Symptome, etc. (Delespaul et al. 2013).

2.2 Patientencharakteristika

Wichtig für den Erfolg der Integrierten Versorgung ist die genaue Kenntnis der Patientencharakteristika. Sie stellen die Basis für einen adäquaten Behandlungsplan und die Abfolge notwendiger Interventionen dar. Neben der genauen Kenntnis der Hauptdiagnose (v.a. Differenzierung zwischen Schizophrenie, Schizoaffektiver Störung, Bipolar I Störung und Major Depression) spielen sog. komorbide psychische Erkrankungen eine wesentliche Rolle. Deren Existenz bzw. deren Nichtbehandlung hat eine unzureichende Gesundung und wiederholte Rückfälle zur Folge. Durchschnittlich bestehen bei 80% der Patienten etwa drei komorbide psychische Erkrankungen inklusive Suchtstörungen (60%) und anderen psychischen Erkrankungen (70%) (Lambert et al. 2015a, 2016a). Zudem weisen etwa 80% der Patienten durchschnittlich zwei chronische somatische Erkrankungen auf (Lambert et al. under review). Auch junge Patienten sind mit etwa 30% schon überzufällig häufig von chronischen somatischen Erkrankungen betroffen (Lambert et al. 2017a, Lambert et al. in press). Diese Erkrankungen haben zahlreiche Folgen, v.a. bzgl. Morbidität und therapierelevanten Aspekten, u.a. für Diagnostik, Medikation, Patientensicherheit, etc.

Weiterhin wichtig ist der soziale Unterstützungsbedarf der Patienten. Dieser Bereich wird im ICD-10 unter Z00-Z99 kodiert und als „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ definiert (DIMDI 2016). Von besonderer Bedeutung sind hier die Bereiche Z55, Z56, Z59-Z65 sowie Z72 und Z73. Hier zeigen Daten bei schwer psychisch Kranken, dass nahezu alle Patienten mindestens einen Bereich aufweisen, in dem eine soziale Unterstützung notwendig ist. Durchschnittlich haben junge (im Durchschnitt 22 Jahre) und ältere (im Durchschnitt 42 Jahre) Patienten z.B. mit schweren Psychosen etwa 6 Bereiche in denen es einer sozialen Intervention bedarf (Lambert et al. 2016a, Lambert et al. 2017a). Einige dieser Bereiche sind direkt relevant für den funktionellen Behandlungserfolg, z.B. Obdachlosigkeit, Einkommen, Ernährung, fehlende soziale Unterstützung, etc.

Neben diesen Aspekten der Hauptdiagnose, der komorbiden psychischen und somatischen Störungen und dem sozialem Unterstützungsbedarf sind noch eine Reihe anderer Aspekte von Bedeutung. Diese biopsychosozialen Erkrankungsvariablen, erkrankungsspezifischen Behandlungsprobleme und diagnosespezifischen Behandlungsrichtlinien bei psychotischen Erkrankungen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

2. Kapitel

Schwere psychische Erkrankungen

Biopsychosoziale Erkrankungsvariablen
1. Ersterkrankungs- und Erstkontaktalter häufig in Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter
2. Erkrankung in Adoleszenz mit schlechterer Prognose assoziiert
3. Häufig positive Familienanamnese für Psychosen (20–25%) und andere psychische Störungen (40–60%)
4. Häufig frühe Entwicklungsstörungen, v. a. bei Schizophrenie
5. Häufig Belastungsfaktoren bzw. traumatische Ereignisse in der Vorgeschichte
6. Häufig frühe psychische Störungen mit Beginn im jugendlichen oder frühen Erwachsenenalter vor Beginn der Psychose bzw. in der Prodromalphase
7. Lange Dauer der unbehandelten Erkrankung bzw. lange Dauer der unbehandelten Psychose mit multidimensional negativ-prognostischen Folgen vor, bei und nach Ersterkrankung
8. Häufig komplexe psychosoziale Erkrankungen in Bezug auf Symptome (positiv, negativ, kognitiv), erniedrigtes Funktionsniveau, unzureichende Lebensqualität und Stigmatisierung
9. Hohe Raten komorbider psychischer Störungen bei erst- und mehrfacherkrankten Patienten mit negativ-prognostischen Folgen
10. Hohe Raten komorbider somatischer Erkrankungen
11. Hohe Mortalität, v. a. durch Suizid und somatische Erkrankungen
Erkrankungsspezifische Behandlungsprobleme
1. Niedrige Service Inanspruchnahme bei jungen vs. älteren Patienten
2. Häufig Abbruch der Gesamtbehandlung (‚Service Disengagement')
3. Hohe Raten medikamentöser Non-Adhärenz
4. Niedrige Raten von kombinierter Remission und Recovery
Diagnosespezifische Behandlungsrichtlinien
1. Psychosen umfassen verschiedene psychische Erkrankungen, deren Behandlungsrichtlinien sich unterscheiden, v. a. Schizophrenie, Bipolar I Störung oder unipolare Depression
2. Zudem existieren Behandlungsrichtlinien für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen

Tab. 1. Biopsychosoziale Erkrankungsvariablen, erkrankungsspezifische Behandlungsprobleme und diagnosespezifische Behandlungsrichtlinien bei psychotischen Erkrankungen

2.3 Versorgungssituation und evidenzbasierte Versorgung

Die wissenschaftliche Ausgangslage ist, dass Menschen mit schweren psychischen Störungen die Mehrzahl aller Zwangseinweisungen und psychiatrischen Krisen und Notfälle mit Indikation zur stationären Behandlung ausmachen (Lambert et al. 2017b). Dies hat den Grund, dass sich diese Klienten häufig im Kreislauf der Drehtürpsychiatrie bewegen mit langer unbehandelter Erkrankung – Erkrankungsprogression – schlechtem Gesundheitsstatus bei Erstbehandlung – stationärer Behandlung – unzureichender ambulanter Behandlung – Rückfall – Erkrankungsprogression und erneuter stationärer Behandlung.

Eine wesentliche Ursache hierfür ist die fehlende Implementierung von evidenzbasierten Versorgungsmodellen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, OECD 2014, Lambert et al. in Druck; siehe Abb. 3).

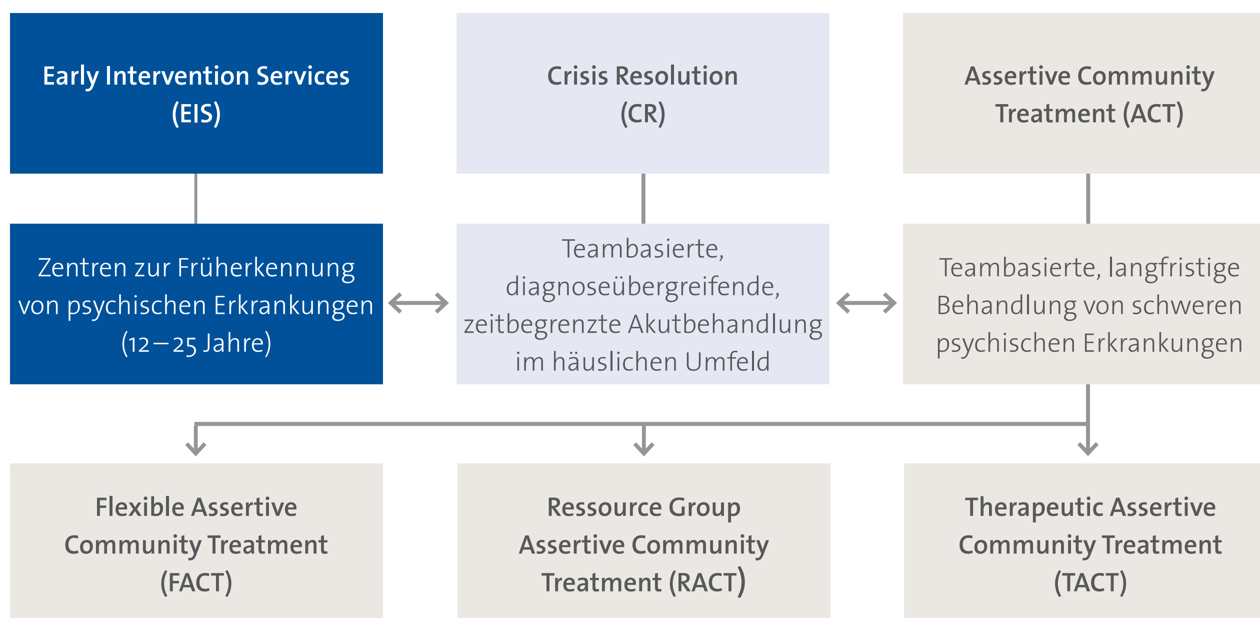


Abb. 3. Evidenzbasierte Versorgungsmodelle für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Schwere psychische Erkrankungen

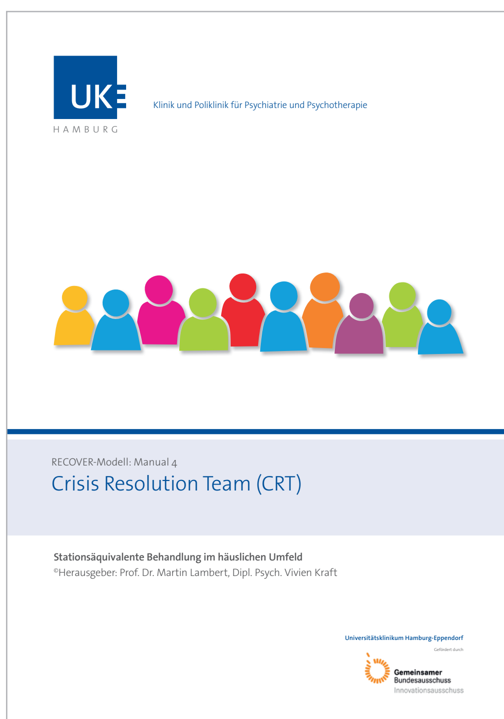
Hierzu gehören (OECD 2014):

1. **Early Intervention Services** (EIS; NHS England 2016): Zentren zur Früherkennung von (schweren) psychischen Erkrankungen an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie, zumeist im Alter von 12–25 Jahren. Diese fokussierten lange ausschließlich auf Menschen mit Psychosen, werden aber immer mehr zu Früherkennungszentren für alle psychischen Erkrankungen in diesem Altersspektrum.

2. **Crisis Resolution Teams** (CRT; Wheeler et al. 2016; Lambert & Kraft 2017c)
CRTs sind fachärztlich geleitete, interdisziplinäre Teams mit der Aufgabe einer diagnoseübergreifenden, zeitlich begrenzten Akutbehandlung im häuslichen Umfeld für Patienten in akuten Krankheitsphasen einer psychischen Erkrankung. Dieses Versorgungsmodell soll mit der sog. Stationsäquivalenten Behandlung (STÄB) umgesetzt werden. Zu Crisis Resolution Teams (CRTs) liegt schon ein Manual vor (Lambert & Kraft 2017c).

3. **Assertive Community Treatment** (ACT; Test & Stein 1978, Marshall & Lockwood 2011).
ACT umfasst eine teambasierte, langfristige Behandlung von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen. ACT wurde in den 1970ern durch Stein, Test und Marx in den USA eingeführt. ACT wurde schon sehr häufig implementiert und es wurde umfassende Forschung zur Wirksamkeit betrieben sowie Skalen zur Qualitätssicherung entwickelt. ACT wird international als eine Intervention der evidenzbasierten Medizin anerkannt.

a. **ACT existiert in drei wesentlichen Varianten: Flexible Assertive Community Treatment** (FACT; Nugter et al. 2015, Lexén & Svensson 2016, van Veldhuizen & Bähler 2013)
FACT ist eine Weiterentwicklung von ACT wie es v. a. in den Niederlanden durchgeführt wird. FACT verbindet Ansätze von ACT mit denen des Case Managements innerhalb eines teambasierten Behandlungsmodells. Die Zielgruppe sind Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, sowohl die





20% für die ACT indiziert ist, als auch die anderen 80%, welche durch ACT stabilisiert wurden und nun eine weniger intensive Behandlung und Unterstützung benötigen. FACT verwendet für diese beiden Gruppen einen flexiblen Wechselmechanismus. Somit müssen stabilere Klienten nicht in ein anderes Team überführt werden – sie verbleiben im gleichen FACT-Team. Dadurch wird die Behandlungskontinuität verbessert und Behandlungsabbrüche werden reduziert. Zu Flexible Assertive Community Treatment (FACT) liegt ebenfalls schon ein Manual in deutscher Sprache vor (van Veldhuizen & Bähler 2013).

b. **Ressource Group Assertive Community Treatment** (RACT; Nordén et al. 2012)
RACT ist ebenfalls eine Abwandlung von ACT, welche erstmals in Neuseeland eingeführt und erprobt wurde. Auf Basis der Konzepte „shared decision making" und „empowerment of clients" setzt RACT auf die umfassende Beteiligung von Patienten und Angehörigen. Diese Beteiligung findet auf zwei Ebenen statt: (1) Peers (geschulte Patienten und Angehörige) sind feste Mitarbeiter der ACT Teams und (2) Patienten (und deren Angehörige) bestimmen in sog. „Ressource Groups" die Ziele der Behandlung.

c. **Therapeutic Assertive Community Treatment** (TACT; Lambert et al. 2015a, 2016a)
TACT verbindet wesentliche Elemente der ACT-Behandlung mit dem Ansatz, dass eine umfassende und langfristige Gesundung nur durch eine langfristige, störungsspezifisch-evidenzbasierte, pharmakotherapeutische und psychotherapeutische Behandlung erreicht werden kann. Entsprechend wird bei TACT die Qualität der Behandlung v. a. durch die folgenden strukturellen und inhaltlichen Modifikationen erhöht: (1) ACT-Teams bestehen aus Psychose-Experten, v. a. aus Psychiatern und Psychologen, (2) die Indikation umfasst nicht alle psychischen Erkrankungen, sondern nur Psychosen, (3) Einzel- und Gruppenpsychotherapie (durch ACT-Mitarbeiter oder im Netzwerk) ist fester Bestandteil der Behandlung.

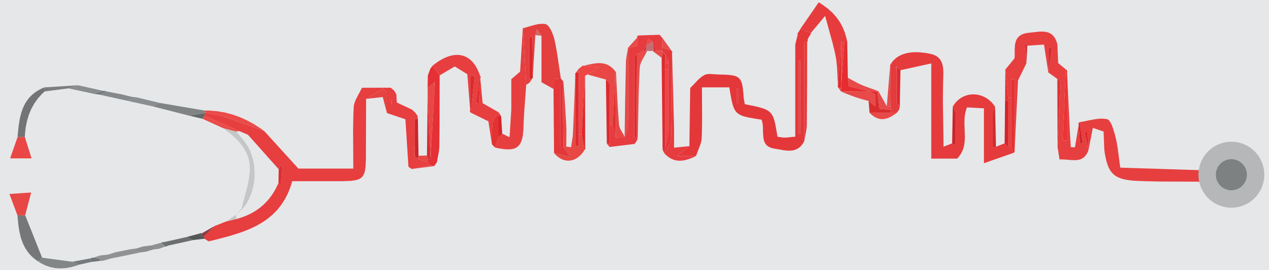
Wichtig ist, dass in entwickelten Versorgungssystemen diese drei Versorgungsmodelle nebeneinander bestehen und miteinander agieren (Lambert et al. in Druck).

Bzgl. der Versorgung psychisch schwer erkrankter Menschen bestehen aber noch zahlreiche weitere Defizite im deutschen Versorgungssystem. Hierzu zählen u.a. der unzureichende Zugang zu ambulanter Psychotherapie (Anteil nur 3–5 %; Kruse & Herzog 2012, DAK Psychoreport 2015), die fehlende Implementierung von evidenzbasierten Arbeitsintegrationsmodellen wie Supported Employment (Gühne & Riedel-Heller 2015, Marshall et al. 2014) oder die weitestgehend fehlende Implementierung von Peer-Support (Lloyd-Evans et al. 2014).

Entsprechend sind die in der AGENDA 2020 formulierten Anforderungen zur „Unterstützung und Versorgung für psychisch kranke Menschen und ihre Familien im 21. Jahrhundert" größtenteils nicht umgesetzt, v. a. bzgl. der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker 2013).

3. Kapitel

Integrierte Versorgung Hamburger Modell



3.1 Ziele

Das Hamburger Modell stellt Menschen mit schweren psychotischen Erkrankungen eine sektorenübergreifend-koordinierte, langfristige und evidenzbasierte Behandlung zur Verfügung.
Das damit angestrebte übergeordnete Ziel ist, den Betroffenen eine höhere Chance auf eine umfassende und langfristige Gesundung (Recovery) zu ermöglichen.

Neben diesem übergeordneten Ziel verfolgt das Hamburger Modell folgende weitere Ziele:

- möglichst vollständige und langfristige Remission von Symptomen
- Verbesserung des Funktionsniveaus mit der Möglichkeit der gesellschaftlichen Teilhabe
- Wiedergewinnung bzw. Verbesserung der Lebensqualität
- Reduktion von Rückfällen
- Reduktion von Zwangsbehandlungen
- Reduktion von Behandlungsabbrüchen und Phasen von medikamentöser Non-Adhärenz
- Reduktion von voll- und teilstationären Aufnahmen
- Reduktion von Krankenhaushopping
- Reduktion von Behandlungskosten

3.2 Managed Care

Bei dem Hamburger Modell handelt es sich um ein sog. Managed Care Capitation Modell mit der Organisationsform eines sog. Provider Networks.
Managed Care ist ein Steuerungsmodell, in dem durch geplante, vertraglich geregelte Abläufe versucht wird, die Versorgungsqualität zu erhöhen und gleichzeitig die Kosten zu stabilisieren oder zu senken. Das UKE als Managed Care Organisation hat dabei folgende Aufgaben:

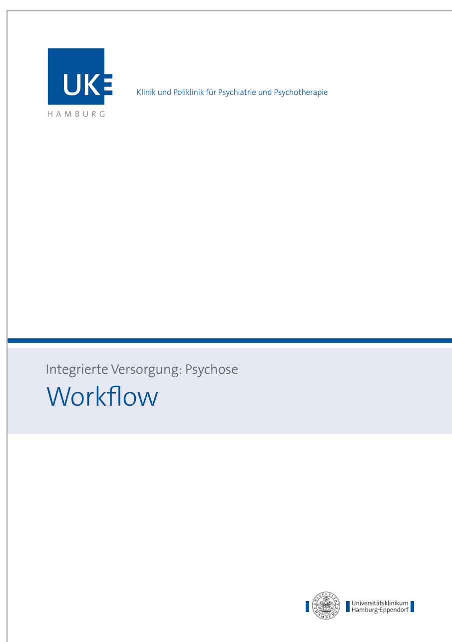
- Entwicklung und vertragliche Etablierung eines sektoralen Versorgungsnetzwerks mit Institutionen und Personen, die für die Gesundung der Betroffenen und Hilfen für deren Angehörige relevant sind
- Ergänzung des Versorgungsnetzwerks durch evidenzbasierte Versorgungsleistungen, insbesondere evidenzbasierte Versorgungsmodelle für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
- Entwicklung und vertragliche Umsetzung der Netzwerkregularien mit den Netzwerkpartnern bzgl. (1) Steuerung, Koordination und Administration von Patienten und Versorgungsleistungen, (2) Versorgungsleistungen im Netzwerk und (3) Qualitätssicherung
- Fortlaufendes Monitoring und Verbesserung der Netzwerkregularien bzgl. aller Aspekte des Managed Care Systems



Abb. 4. Managed Care Hamburger Modell

3.2.1 Capitation-Finanzierung

Die Capitation-Finanzierung entspricht einer pauschalierten Abrechnung von Gesundheitsleistungen im Hamburger Modell. Im Gegensatz zur Einzelleistungsvergütung setzt das Capitation-Budget den Anreiz, medizinische Leistungen möglichst effizient zu erbringen. Entsprechend wird das Hamburger Modell über eine patientenbezogene Jahrespauschale finanziert. Weitere Details der Finanzierung werden im Kapitel 3.11 beschrieben.



3.2.2 Workflow

Alle Managed Care Prozesse des Hamburger Modells sind in einem Workflow „Integrierte Versorgung: Psychose“ hinterlegt.

3.3 Teilnehmende Krankenkassen

Stand 2017 nehmen 4 Krankenkassen an dem Hamburger Modell teil. Hierzu gehören:

- Deutsche Angestellten Krankenkasse – DAK Gesundheit
- Allgemeine Ortskrankenkasse – AOK Rheinland/Hamburg
- Hanseatische Ersatzkasse – HEK
- Innungskrankenkasse – IKK Classic

Ab 2018 kommt die Barmer Krankenkasse innerhalb des RECOVER-Modellversuchs hinzu.

3.4 Indikation zur Teilnahme

Die Indikationen zur Teilnahme am Hamburger Modell sind in Tabelle 2 dargestellt. Eine Teilnahme ist nur möglich, wenn alle Indikationen erfüllt sind.

Integrierte Versorgung Hamburger Modell

Tab. 2. Indikationen zur Teilnahme am Hamburger Modell

Indikation	Details zur Indikation
Versichert bei einer der folgenden Krankenkassen	• DAK Gesundheit • HEK • IKK Classic • AOK Rheinland/Hamburg • Barmer (ab 2018)
Diagnostische Indikation nach ICD-10	**F1-Störungen:** • Substanzinduzierte psychotische Störung (F1x.5) **F2-Störungen:** • Schizophrenie (F20) • Anhaltende wahnhafte Störung (F22) • Akute vorübergehende psychotische Störung (F23) • Induzierte wahnhafte Störung (F24) • Schizoaffektive Störung (F25) • Sonstige nichtorganische psychotische Störung (F28) • Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose (F29) **F3-Störungen:** • Manische Episode mit psychotischen Symptomen (F30) • Bipolar affektive Störung (F31) • Depressive Episode, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) • Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3)
Phase der Erkrankung	• Mehrfacherkrankt (≥ 2 Episoden) ≥ 18 Jahre oder • Frühe Erkrankungsphase (≤ 2 Jahre) im Alter von 12-29 Jahren
Indikation zur stationären Behandlung	• Vorliegende Einweisung zur stationären Aufnahme von einem niedergelassenen Psychiater oder bei Notfallaufnahme von einem Krankenhausarzt
Erfüllung des allgemeinen Schweregradkriteriums	• Mindestens 40 Punkte in der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)
Erfüllung mindestens eines der spezifischen Schweregradkriterien	• Halluzinationen (Item 10) ≥ 6 Punkte oder • Wahn (Item 11) ≥ 6 Punkte oder • Desorganisation (Item 15) ≥ 6 Punkte oder • Depressiv-suizidales Syndrom ≥ 10 Punkte oder • Suizidales Syndrom ≥ 6 Punkte oder • Manisches Syndrom ≥ 15 Punkte oder • Verhaltensstörungs-Syndrom im Rahmen einer Psychose ≥ 15 Punkte oder • Syndrom vorherrschender Negativsymptomatik ≥ 15 Punkte

Erklärungen:
ICD-10 = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – Deutsche Modifikation
BPRS = Brief Psychiatric Scale

Hierzu gehören:

(1) Versichert bei einer der beteiligten Krankenkassen,

(2) Vorliegen einer psychotischen Erkrankung nach diagnostischen Kriterien des ICD-10,

(3) Mehrfacherkrankt (≥ 2 Episoden) ≥ 18 Jahre oder frühe Erkrankungsphase (≤ 2 Jahre) im Alter von 12–29 Jahren,

(4) Zur Spezifizierung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen müssen zudem folgende Schweregradkriterien erfüllt sein:

   a) Indikation zur stationären Akutbehandlung bei Einschluss (Vorliegen einer stationären Einweisung),

   b) Erfüllung eines allgemeinen Psychopathologie-Schweregradkriteriums dokumentiert mittels der Brief Psychiatric Rating (BPRS) Skala mit einem Wert von ≥ 40 Punkten und

   c) Erfüllung mindestens eines spezifischen BPRS-Psychopathologie-Schweregradkriteriums inklusive verschiedener Einzelsymptome oder Syndrome mit hohem Schweregrad (siehe Tab. 2).

3.5 Die Integrierten Versorgungsmodelle

Innerhalb des Hamburger Modells haben sich zwei Versorgungsmodelle für Menschen mit Psychosen etabliert (siehe Tabelle 3). Da nicht alle Patienten konsistent zugeordnet werden können, ist der Übergang aber fließend.

Das dritte Versorgungsmodell fokussiert die Behandlung von Menschen mit Emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung und wird in einem eigenen Manual dargestellt (Schindler & Schäfer, in preparation).



3.5.1 Hamburger Modell für mehrfacherkrankte Patienten (18+ Jahre)

Das Hamburger Modell für mehrfacherkrankte Patienten im Alter von 18+ Jahren richtet sich vorwiegend an Erwachsene mit mehrfachen psychotischen Episoden. In Tabelle 3 sind die entsprechenden Komponenten und Aufgaben dargestellt.

Die hauptsächliche Zuständigkeit ist der Sektor (Einzugsgebiet) der Erwachsenenpsychiatrie des UKE. Übergeordnete Aufgaben umfassen eine Behandlungssektoren übergreifend-koordinierte, evidenzbasierte und langfristige Behandlung. Beteiligte klinische Institution ist die Erwachsenenpsychiatrie des UKE mit stationären, tagesklinischen und ambulanten Abteilungen, die in Tabelle 3 benannt sind. Rationale des Zusammenschlusses dieser Institutionen ist eine lückenlose Abdeckung der Akut- bis zur Langzeitbehandlung.

Kernkomponente sind die interdisziplinären Therapeutischen Assertive Community Treatment Teams bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pflegepersonal und Sozialpädagogen.

Integrierte Versorgung Hamburger Modell

Tab. 3. Die Integrierten Versorgungsmodelle für Psychosen innerhalb des Hamburger Modells

Merkmale	Hamburger Modell für mehrfacherkrankte Patienten (18+ Jahre)	Hamburger Modell für Jugendliche und junge Erwachsene in der frühen Erkrankungsphase (12–29 Jahre)
Sektorale Zuständigkeit	• Sektor der Erwachsenenpsychiatrie des UKE (320.000 Einwohner)	• Sektoren der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE (620.000 Einwohner)
Übergeordnete Aufgaben	• Behandlungssektoren übergreifend-koordinierte, evidenzbasierte und langfristige Behandlung	• Ambulante und mobile Früherkennung und Behandlungssektoren übergreifend-koordinierte, evidenzbasierte und langfristige Behandlung
Beteiligte Institutionen im UKE im Überblick	• Erwachsenenpsychiatrie (EP) des UKE	• Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) und Erwachsenenpsychiatrie (EP) des UKE
Beteiligte stationäre Institutionen	• Station für Psychosen und bipolare Störungen (EP) • Station für Akuterkrankungen (EP)	• Station für Psychosen und bipolare Störungen (EP) • Station für Akuterkrankungen (EP & KJP) • Station für Adoleszentenpsychiatrie (EP / KJP)
Beteiligte tagesklinische Institutionen	• Tagesklinik für Psychosen und bipolare Störungen (EP) • Psychosen Krisentagesklinik für Jugendliche und junge Erwachsene (EP & KJP) • Tagesklinik der Arbeitstherapie	• Tagesklinik für Psychosen und bipolare Störungen (EP) • Psychosen Krisentagesklinik für Jugendliche und junge Erwachsene (EP / KJP) • Tagesklinik der Arbeitstherapie
Beteiligte ambulante Institutionen	• Spezialambulanz für Psychosen und bipolare Störungen (EP) • Therapeutisches Assertive Community Treatment Team (EP)	• Früherkennungsambulanz für psychische Störungen (FePS; EP / KJP) • Spezialambulanz für Psychosen und bipolare Störungen (EP) • Therapeutisches Assertive Community Treatment Team (EP & KJP)
Mitarbeiter ACT Team	• Mitarbeiter der EP (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Sozialpädagogen)	• Mitarbeiter der EP und KJP (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen)
Netzwerkpartner	• Niedergelassene Psychiater (EP) • Peer-Genesungsbegleiter * • SGB 12 Institutionen *	• Niedergelassene Psychiater (EP & KJP) • Peer Genesungsbegleiter * • Jugendhilfe * • Schulpsychologischer Dienst * • SGB 12 Institutionen *

Erklärungen:
EP = Erwachsenenpsychiatrie des UKE
KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE
EP / KJP = Gemeinsame Institution der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE
* = Werden nicht aus der Patienten-Jahrespauschale finanziert

Aus dem ambulanten Bereich sind v. a. niedergelassene Psychiater Partner des Hamburger Modells, die ebenfalls für ihren Mehraufwand aus der Patienten-Jahrespauschale finanziert werden.

Darüber hinaus sind auch Peer-Genesungsbegleiter und verschiedene SGB 12 Institutionen Teil des Kooperationsnetzwerks, diese werden jedoch nicht über die Pauschale finanziert.

3.5.2 Hamburger Modell für Jugendliche und junge Erwachsene in der frühen Erkrankungsphase (12 – 29 Jahre)

Das Hamburger Modell für Jugendliche und junge Erwachsene in der frühen Erkrankungsphase im Alter von 12–29 Jahren richtet sich vorwiegend an Jugendliche und junge Erwachsene mit psychotischen Erstepisoden. In Tabelle 3 sind die entsprechenden Komponenten und Aufgaben dargestellt.

Die hauptsächliche Zuständigkeit ist der Sektor (Einzugsgebiet) der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE. Übergeordnete Aufgaben umfassen eine ambulante und mobile Früherkennung und eine Behandlungssektoren übergreifend-koordinierte, evidenzbasierte und langfristige Behandlung. Beteiligte klinische Institutionen sind die Erwachsenen- und die Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE mit stationären, tagesklinischen und ambulanten Abteilungen, die in Tabelle 3 benannt sind. Rationale des Zusammenschlusses dieser Institutionen ist eine lückenlose Abdeckung der Früherkennung über die Akut- bis zur Langzeitbehandlung, auch für jugendliche Patienten.

Kernkomponente sind die interdisziplinären Therapeutischen Assertive Community Treatment Teams bestehend aus Ärzten, Psychologen und Sozialpädagogen der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Aus dem ambulanten Bereich sind v. a. niedergelassene Psychiater im Erwachsenen- und Kinder- und Jugendbereich Partner des Hamburger Modells, die ebenfalls für ihren Mehraufwand aus der Patienten-Jahrespauschale finanziert werden.

Darüber hinaus sind auch Peer-Genesungsbegleiter, Jugendhilfe, Schulpsychologische Dienste und verschiedene SGB 12 Institutionen Teil des Kooperationsnetzwerks, diese werden jedoch nicht über die Pauschale finanziert.

3.6 Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT)

Im Kapitel 2.3 wurden die evidenzbasierten Versorgungsmodelle für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erläutert. Assertive Community Treatment (ACT) ist dabei das einzige langfristige Versorgungsmodell. Da Menschen mit Psychosen häufig langfristig erkranken (siehe 2.2), wurde ACT im Hamburger Modell integriert.

Allerdings hat dieses „traditionelle“ ACT auch einige „Schwachpunkte“. Dementsprechend wurde versucht, diese durch die Modifikation zu sog. Therapeutischem Assertive Community Treatment (TACT) zu verbessern. Diese Modifikation inklusive ihrer Rationalen wird nach der Darstellung von Definition und Kernkomponenten von TACT beschrieben (siehe auch Tabelle 4).

3.6.1 Definition und Kernkomponenten von TACT

TACT ist ein fachärztlich geleitetes, interdisziplinäres Team, das eine sektorenübergreifend-koordinierte, langfristige und evidenzbasierte Behandlung für Menschen mit schweren psychotischen Erkrankungen anbietet.

Kernkomponenten von TACT Teams sind:

- Fachärztlich geleitet, interdisziplinär
- Kernkomponente eines sektorenübergreifenden Netzwerks

- V. a. Psychiater, Psychologen, dazu Krankenpfleger, Sozialpädagogen
- Psychose-Experten
- Psychotherapeutische, insbesondere beziehungsorientierte Verfahren und familientherapeutische Qualifikationen im Team umfangreich vertreten
- Niedrige Behandler / Patienten-Ratio (1:15–25)
- Umsetzung einer störungsspezifischen evidenzbasierten Behandlung
- Therapeutische Behandlungskontinuität
- Psychotherapie fester Bestandteil der Behandlung
- 24 h / tgl. 7 Tage / Woche telefonische Krisenintervention
- Langfristige Behandlung auch nach Gesundung

3.6.2 Vergleich traditionelles ACT und TACT

In Tabelle 4 sind die wesentlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten von traditionellem ACT und TACT dargestellt. Der übergeordnete Ansatz für diese Modifikationen ist, dass eine umfassende und langfristige Gesundung der Betroffenen nur durch eine langfristige, störungsspezifisch-evidenzbasierte, pharmako-, psycho- und soziotherapeutische Komplexbehandlung erreicht werden kann. Entsprechend wird bei TACT versucht, die Qualität der Behandlung durch verschiedene strukturelle und inhaltliche Modifikationen zu erhöhen.

3.6.2.1 Unterschiede zwischen ACT und TACT

(1) Managed Care

Wie unter 3.2 beschrieben, ist das Hamburger Modell ein sogenanntes Managed Care Capitation Modell mit der Organisationsform eines sog. Provider Networks. Dies hat auf die Tätigkeiten des TACT Teams unmittelbaren Einfluss in folgender Weise:

- Einschluss der Patienten erfolgt so schnell wie möglich, da auch schon die Kosten der Indexepisode aus der Pauschale finanziert werden
- TACT Teams arbeiten innerhalb eines Managed Care Netzwerks aus verschiedenen stationären, teilstationären und ambulanten Leistungserbringern
- Wiederholte Rückfälle mit langen stationären Aufenthalten führen zu einer Unwirtschaftlichkeit des Modells und müssen deshalb vermieden werden

(2) Indikation „schwere psychotische Erkrankung“

ACT Teams sind normalerweise für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zuständig. Hierbei handelt es sich zwar in der Mehrzahl um Menschen mit Psychosen (siehe 2.1), allerdings kommen auch noch eine Vielzahl anderer Störungsbilder vor. Dies erschwert die Implementierung einer hochqualitativen störungsspezifischen und evidenzbasierten Behandlung. Entsprechend wurde im Hamburger Modell die Indikation auf schwere psychotische Erkrankungen begrenzt und später ein eigenes Integriertes Versorgungssystem für Emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen entwickelt.

(3) Teamzusammensetzung und Teamqualität („team fidelity“)

ACT Teams werden normalerweise anhand von sog. ACT-Qualitätsskalen implementiert. Diese Skalen geben Qualitätsrichtlinien bzgl. einer Reihe von Kriterien, z.B. bzgl. Teamzusammensetzung, Arbeitsprozessen, Organisation oder Interventionen. Zu jedem Kriterium wird eine Definition gegeben und die Qualität in einer Varianz dargestellt und ermittelt, zumeist von 1 bis 5 Punkten (1 = unzureichend bis 5 = sehr gut). Die Vorgaben umfassen eine möglichst hohe Qualität in einer Gesamtbewertung aller Kriterien, aber auch in den einzelnen übergeordneten Kriterien-Bereichen.

Etablierte ACT-Qualitätsskalen sind beispielsweise:

1. Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS; Teague et al. 1998; 28 Einzelkriterien, drei übergeordnete Kriterien-Bereiche)
2. Flexible Assertive Community Treatment Quality Scale (FACT; van Veldhuizen & Bähler 2013; 60 Einzelkriterien, sieben übergeordnete Kriterien-Bereiche).

Bzgl. Teamzusammensetzung und Teamqualität machen diese Skalen folgende Vorgaben bzgl. einer optimalen Implementierung (Bewertung 5 Punkte auf einer 1–5 Skala):

1. DACTS: ein Psychiater in Vollzeit für 100 Patienten, 2 Gesundheits- und Krankpfleger in Vollzeit für 100 Patienten, 2 Suchtspezialisten in Vollzeit für 100 Patienten, 2 Sozialarbeiter in Vollzeit für 100 Patienten;
2. FACT: ein Psychiater in Vollzeit für 200 Patienten, Psychologe in 0.8-Stelle für 200 Patienten, Sozialarbeiter in 0.8-Stelle für 200 Patienten, 4 Gesundheits- und Krankpfleger in Vollzeit für 200 Patienten, 6 Fallmanager in Vollzeit für 200 Patienten, etc.

Entsprechend haben diese Teamzusammensetzungen ihren Schwerpunkt auf Gesundheits- und Krankenpflege und Sozialarbeit.

Um den übergeordneten Ansatz des Hamburger Modells umzusetzen, wurde eine andere Teamzusammensetzung gewählt:

- Experten für psychotische Erkrankungen über alle Professionen
- V. a. Psychiater und Psychologen
- Niedrige Behandler-Patient-Ratio für Psychiater und Psychologen
- Zusätzlich Gesundheits- & Krankenpfleger und Sozialarbeiter

Diese Teamzusammensetzung ermöglicht, dass Einzel- und Gruppenpsychotherapie (durch ACT-Mitarbeiter oder im Netzwerk) ein fester Bestandteil der Behandlung sind.

(4) Psychotherapie

Psychotherapie in Einzel- und/oder Gruppenform, krankheitsübergreifend, störungs- oder problemspezifisch ist expliziter Teil der Komplexbehandlung im Hamburger Modell. Entsprechend haben die TACT-Mitarbeiter die Aufgabe, die Psychotherapie – wenn immer möglich – selbst durchzuführen bzw. im Netzwerk zu organisieren.

3.6.2.2 Gemeinsamkeiten von ACT und TACT

TACT hat eine Reihe von grundlegenden strukturellen und inhaltlichen Qualitätskriterien aus ACT oder seiner Modifikationen FACT und RACT übernommen. Hierzu gehören:

- Volle Behandlungsverantwortung für alle Patienten unabhängig von Status und Behandlungsbereitschaft
- Geringe Fallzahlen für jeden Mitarbeiter mit einer Behandler-Patient-Ratio von 1:15–25 (neue Patienten 1:15, stabilere Patienten 1:25)
- Rufbereitschaft für Krisen und Notfälle 24h / tgl. / 365 Tage pro Jahr
- Geteilte Verantwortung („shared caseload“)
- Verhinderung des Abbruchs der Behandlung („No dropout policy“)
- Früherkennung ist im Hamburger Modell Teil des Versorgungsmodells für Jugendliche und junge Erwachsene (siehe 3.5.2). Normalerweise ist dies nicht Teil der ACT-Aufgaben und wird im Hamburger Modell auch vorwiegend durch die Früherkennungsambulanz für Psychische Störungen (FePS) geleistet.
- Pharmakotherapie
- Soziotherapie
- Sektorenübergreifende Behandlungskontinuität

Integrierte Versorgung Hamburger Modell

- Langfristige Behandlungsdauer
- Routinemäßiges Outcome Monitoring, das im Hamburger Modell in Form einer fortlaufenden Qualitätssicherungsstudie erfolgt

Tab. 4. Vergleich von traditionellem ACT und TACT

Struktur	Traditionelles ACT (ACT)	Therapeutisches ACT (TACT)
Wesentliche Unterschiede zwischen ACT und TACT		
Managed Care	Abhängig von Ausgestaltung, zumeist kein Managed Care	Managed Care Netzwerk aus Psychosen Spezialinstitutionen
Indikation	Schwere psychische Erkrankung	Schwere psychotische Erkrankung
Teamzusammensetzung und Teamqualität („Team fidelity“)	V. a. Gesundheits- & Krankenpfleger und Sozialarbeit Hohe Behandler-Patient-Ratio für Psychiater und Psychologen	Psychose-Experten V. a. Psychiater und Psychologen Niedrige Behandler-Patient-Ratio für Psychiater und Psychologen Zusätzlich Gesundheits- & Krankenpfleger und Sozialarbeiter
Psychotherapie [1]	Zumeist kein Bestandteil (Ausnahme z.B. FACT)	Ja (Einzel- und / oder Gruppe)
Wesentliche Gemeinsamkeiten von TACT und ACT		
Volle Verantwortung für die Behandlung	Ja	Ja
Arbeitsweise	Aufsuchend, nachgehend	Aufsuchend, nachgehend
Behdler-Patient-Ratio	1:15–20	1:15-25
Rufbereitschaft	24h/tgl. / 365 Tage pro Jahr	24h/tgl. / 365 Tage pro Jahr
Geteilte Verantwortung („shared caseload“)	Ja	Ja
Verhinderung des Abbruchs der Behandlung („No dropout policy“) [2]	Ja	Ja
Früherkennung	Abhängig von Ausgestaltung	Ja
Pharmakotherapie	Ja	Ja
Soziotherapie	Ja	Ja
Sektorenübergreifende Behandlungskontinuität	Ja	Ja
Behandlungsdauer	Langfristig	Langfristig
Routinemäßiges Outcome Monitoring	Ja, zumeist vorhanden	Ja, fortlaufende Qualitätssicherungsstudie

Erklärungen:

[1] Psychotherapie = Einzel- und / oder Gruppenpsychotherapie, krankheitsübergreifend, krankheitsspezifisch oder problemspezifisch

[2] No dropout policy = Abbruch der Gesamtbehandlung wird als Erkrankungszeichen gewertet und versucht, mit allen möglichen Interventionen zu verhindern

3.7 Strukturelle Rahmenbedingungen

Zur Implementierung des Hamburger Modells müssen zwei wesentliche Rahmenbedingungen geschaffen werden: Rahmenbedingungen, die zur klinischen Arbeit benötigt werden (z. B. Telefone, Räume, Autos) und Rahmenbedingungen im Krankenhausmanagementsystem (z. B. Aufnahme der Patienten, Aufenthaltsstatus, Leistungsdokumentation, Abrechnung).

3.7.1 Klinische Rahmenbedingungen

Die klinischen Rahmenbedingungen des Hamburger Modells umfassen:

- Team-Raum, Einzelräume für Einzelinterventionen (z. B. Psychotherapie), Untersuchungsraum für medizinische und pharmakotherapeutische Interventionen
- Diensthandy für jeden Mitarbeiter
- Bereitschaftshandy für je ein TACT Team
- Autos und / oder Fahrräder für Hausbesuche
- Notfallmedikation für Hausbesuche
- Computer (Laptops) mit Zugang zur elektronischen Akte
- TACT-Board, d. h. elektronisches Board mit allen wesentlichen Informationen zu den Patienten, insbesondere zu neuen Patienten und Patienten in Krise. Das Board sollte elektronisch als Teil des Krankenhaus-IT-Systems geführt werden.
- Regelmäßige externe Supervision
- Regelmäßige Fortbildungen und Trainings

3.7.2 Rahmenbedingungen im Krankenhausmanagement

Die Rahmenbedingungen im Krankenhausmanagementsystem umfassen:

- Implementierung eines vollstationären Status der Klienten während der Integrierten Versorgung. Dieses Vorgehen hat folgende Vorteile:
  - Mögliche Nutzung bestehender IT-Systeme zur klinischen Dokumentation, Leistungsdokumentation und Abrechnung (siehe 3.8.17 und 3.8.18)
  - Mögliche Nutzung von Institutionen der somatischen Medizin zur Diagnostik und Therapie komorbider somatischer Erkrankungen
- Um die Dokumentation des Teams zu erleichtern und bis dato nicht vorhandene Leistungstypen abzubilden, sollte im IT-System ein spezifischer Bereich für die Integrierte Versorgung entwickelt werden.

3.8 Behandlung im Hamburger Modell

3.8.1 Screening

Screening ist ein wesentlicher Teil des Aufnahmeprozesses. Das Screening sollte einmal pro Woche alle neuen Patienten einer Klinik erfassen und, wenn möglich, über IT-Systeme durchgeführt werden. Dies hat zwei Vorteile:

- Kein potentieller Teilnehmer wird verpasst
- Ein rascher Einschluss in die Integrierte Versorgung ist gewährleistet (da die Aufnahme in die IV formal zum Tag der Aufnahme rückdatiert wird)
- eine dadurch etablierte möglichst geringe Selektion gibt den beteiligten Krankenkassen die Sicherheit, dass keine Positivselektion betrieben wird

Alle gescreenten Patienten werden innerhalb einer datensicheren Datei erfasst. Dabei wird auch dokumentiert, wieso der Patient nicht in die Integrierte Versorgung aufgenommen wurde (z.B. Wohnort, Ablehnung, kein ausreichender Schweregrad).

Zudem empfiehlt es sich alle Mitarbeiter der beteiligten Behandlungsinstitutionen so zu schulen, dass auch sie den Screening-Prozess unterstützen und mögliche Patienten identifizieren können.

3.8.2 Aufnahmeprozess

Ist ein Patient als möglicher Kandidat identifiziert, nimmt ein Mitarbeiter des TACT Teams Kontakt zur Behandlungsinstitution auf und bespricht die mögliche Aufnahme mit den dortigen Behandlern.

Anschließend erfolgt ein persönliches Aufklärungsgespräch mit dem Patienten, bestenfalls mit dem Behandler. Wichtige Bezugspersonen und gesetzliche Betreuer sollten in diesen Prozess miteinbezogen werden.

Willigt der Patient in die Aufnahme ein, sollten alle formellen Prozesse umgesetzt werden:

- Unterzeichnung der Patienteninformation und -Einwilligung
- Vertragsunterzeichnung (Beitritt des Patienten zur Integrierten Versorgung)
- Aufnahme in die IT-Systeme
- Aufnahme in die Qualitätssicherungsdatenbank

Nachfolgend sollten alle Untersuchungen angestoßen bzw. vervollständigt werden, die für eine adäquate Behandlungsplanung, evidenzbasierte Behandlung und für die fortlaufende Qualitätssicherung notwendige Vorrausetzungen sind (siehe nachfolgend 3.8.3).

3.8.3 Eingangsuntersuchung

Patienten mit schweren psychotischen Störungen brauchen für eine adäquate Behandlungsplanung eine komplette Eingangsuntersuchung (siehe auch Kapitel 2.2).

(1) Psychologische Diagnostik

- Möglichst standardisierte Diagnostik bzgl.
  - Der psychotischen Hauptdiagnose (v. a. Differenzierung bzgl. Schizophrenie, Schizoaffektiver Störung, Bipolar I Störung)
  - Komorbider psychischer Erkrankungen (Achse I und II)
- Ggf. Neuropsychologische Diagnostik
- Erfassung von Biographie und Krankheitsanamnese

(2) Soziale Diagnostik

Erfassung des sozialen Unterstützungsbedarfs in verschiedenen sozialen Bereichen nach der Systematik des DIMDI („Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen") und Dokumentation der entsprechenden Z-Diagnosen mit genauer Spezifizierung der Problematik.

(3) Somatische Diagnostik

- Internistische und neurologische Untersuchung
- Laborchemische Untersuchungen
- EKG
- EEG
- cMRT oder cCT
- Ggf. (aber empfohlen) eine Lumbalpunktion

(4) Erfassung von Risikofaktoren für die Erkrankung

Die Erfassung von sog. Risikofaktoren (RF) ist aus folgenden Gründen von besonderer Bedeutung:

- Klärung, warum der Patient an einer Psychose erkrankt ist (additive RFs)

- Erfassung von veränderbaren RF, die als Vulnerabilitätsfaktoren wirken und die Gefahr für Rückfälle erhöhen. Deren Behandlung stellt einen wichtigen Teil des Behandlungsplans dar.

Es werden folgende Risikofaktorbereiche untersucht:

- Genetische Disposition
- Schwangerschaftskomplikationen
- Geburtskomplikationen
- Frühentwicklungsstörungen
- Traumatisierung, respektive schwierige Lebensumstände
- Gebrauch von Cannabis (v.a. früh und intensiv) und anderer Drogen
- Infektionen mit Beteiligung des ZNS
- Unfälle mit Beteiligung des ZNS
- Frühere psychische Erkrankungen (vor Beginn der Psychose)
- Dauer des Prodromalstadiums
- Neuropsychologische Defizite
- Minderbegabung

(5) Erfassung von Risikofaktoren für Behandlungsabbruch und Non-Adhärenz

Um das Risiko von vorzeitigem Behandlungsabbruch („Service disengagement") und medikamentöser Non-Adhärenz zu erfassen, sollten auch entsprechende wesentliche Risikofaktoren erhoben werden, u.a.:

- Krankheitseinsicht
- Früherer Behandlungsabbruch
- Frühere medikamentöse Non-Adhärenz
- Komorbide Suchtstörung, v.a. Abhängigkeit

3.8.4 Behandlungsplanung und -ziele

Die Behandlungsplanung erfolgt auf Basis der o.g. Informationen (siehe 3.8.3) zusammen mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuer). Ist ein niedergelassener Psychiater oder andere Behandler an der Therapie beteiligt, sollten diese ebenfalls mit eingebunden werden.

Die Behandlungsziele orientieren sich:

- an den Bedürfnissen und Erwartungen des Patienten und
- an den erfahrungsgeleiteten und möglichst evidenzbasierten Empfehlungen der Behandler

Dem Monitoring des Behandlungsverlaufs und der Anpassung der Behandlungsziele dienen regelmäßige Patientenbesprechungen und Intervisionen im Behandlungsteam.

3.8.5 Bezugstherapie und Behandlungskontinuität

Innerhalb des Behandlungsnetzwerks erhält jeder Patient ein Zweier-Behandlungsteam. Hier existieren unterschiedliche Kombinationsmöglichkeiten:

- Zwei Mitarbeiter des TACT Teams
- Ein Mitarbeiter des TACT Teams und ein niedergelassener Psychiater
- Ein Mitarbeiter des TACT Teams und ein Mitarbeiter einer anderen Institution

Die Zusammensetzung orientiert sich an der Behandlungsplanung und Aufgabenverteilung. Regelhaft müssen aber ärztliche (v.a. Pharmakotherapie) und psychologische (v.a. Psychotherapie) Ressourcen bereitstehen.

Aus der Erfahrung ist ein Zweierteam von nur TACT Mitarbeitern für Patienten geeignet, die

- eine äußerst komplexes Erkrankungsgeschehen haben,

- keine Krankheitseinsicht haben,
- mehrfach Medikamente oder die gesamte Behandlung abgebrochen haben,
- eine besonders enge Bezugstherapie und Beziehungskontinuität benötigen.

Die Bezugstherapeuten des TACT Teams sind auch während stationären und teilstationären Behandlungen weiter begleitend zuständig. Sie machen eine Übergabe bei Aufnahme, sind bei möglichst vielen Behandlungskonferenzen anwesend und übernehmen zusammen mit den Behandlern das Entlassungsmanagement.

3.8.6 Entlassungsmanagement

Eine wesentliche Sollbruchstelle in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist die Entlassung aus einer stationären oder teilstationären Behandlung. Entsprechend werden die Mitarbeiter des TACT Teams regelhaft in die Entlassungsplanung und die Entlassung mit einbezogen, bieten direkt poststationär engmaschig Termine an und motivieren alle Beteiligten sich über das Bereitschaftshandy bei Wiederauftreten von Problemen sofort zu melden.

3.8.7 Rufbereitschaft

Jeder Mitarbeiter ist während der Arbeitszeit über sein Diensthandy erreichbar. Zudem ist eine 24h-Rufbereitschaft Teil der Integrierten Versorgung. Diese Telefonbereitschaft wird für den Zeitraum einer Woche von einem Mitarbeiter des jeweiligen IV-Teams übernommen. Dabei handelt es sich um eine reine Rufbereitschaft. Zweck der Rufbereitschaft ist:

- Kontaktaufnahme durch Patienten in Krisen (sofern der Bezugstherapeut nicht erreichbar ist und außerhalb der Dienstzeit sowie am Wochenende)
- Kontaktaufnahme durch andere Beteiligte (z. B. Niedergelassene Psychiater, Nervenärzte, Familienangehörige, Betreuer)
- Kontaktaufnahme des ärztlichen Diensthabenden der Klinik mit dem IV-Team

Bei Hinweisen auf akute Eigen- oder Fremdgefährdung sind Polizei, RTW bzw. Sozialpsychiatrischer Dienst einzuschalten.

Nicht-ärztliche Mitarbeiter wenden sich im Zweifelsfall immer an den diensthabenden Arzt der Klinik oder den oberärztlichen Hintergrund oder verweisen auf die Notaufnahme bzw. ärztliche Notdienste.

Patienten in Krisen werden regelhaft vom Bezugstherapeuten an die Rufbereitschaft übergeben. Der Bereitschaftshabende informiert den Bezugstherapeuten über Notfälle.

3.8.8 Aufsuchende Behandlung (Hausbesuche / Zuhause-Behandlung)

Die aufsuchende und nachgehende Behandlung ist das Kernelement der ACT-Behandlung. Ziel und Zweck dieser Behandlungsform ist:

- die soziale Situation und die Lebensumstände des Patienten besser kennen zu lernen (z. B. Interessen, Hobbies, Fähigkeiten)
- die innere Situation des Patienten besser zu verstehen (Chaos oder psychotische Ordnung in der Wohnung vs. guter Zustand der Wohnung trotz starker psychotischer Symptome)
- um den Patienten in seinen eigenen vier Wänden „szenisch“ zu verstehen, seine „Lebensform“ nachzuvollziehen
- um einzuschätzen, welche Folgen die Erkrankung für die soziale Situation hat (z. B. Verwahrlosung der Wohnung, ungeöffnete Post)
- um Hilfestellung bei Wiederherstellung einer geordneten sozialen Situation initiieren zu können (fachpsychiatrische Hilfen, Ergotherapie, gesetzliche Betreuung, etc.)

- um im Krisenfall vertrauter mit der Wohnsituation des Patienten zu sein
- um dem Patienten zu ermöglichen, sich im Krisenfall an einen leidlich „vertrauten“ früheren Besuch erinnern und gemeinsam daran anknüpfen zu können
- bei geplanter Entlassung zu prüfen, ob der Patient nach der Krise mit dem Zustand in seiner Wohnung allein überfordert ist

Die Haltung bei Hausbesuchen hat folgende Aspekte:

- Patient bzw. Familie als Gastgeber
- Sensibler Umgang mit Grenzen des Patienten, Grenzen soweit möglich respektieren
- Die Frage: „Dürfen wir hereinkommen?“ ist ebenso angemessen wie das engagierte Bemühen, bei einem psychotischen Menschen zu versuchen, doch noch einen ‚Fuß in die Tür‘ zu bekommen um ihn zur Behandlung zu bewegen.
- verhandeln an der ‚Schwelle‘

Aus Sicherheitsgründen sollen Hausbesuche in der Regel zu zweit erfolgen – Ausnahme sind therapeutische Hausbesuche bei länger bekannten Patienten. Neue Mitarbeiter sollen ein entsprechendes Deeskalations- und Sicherheitstraining absolviert haben.

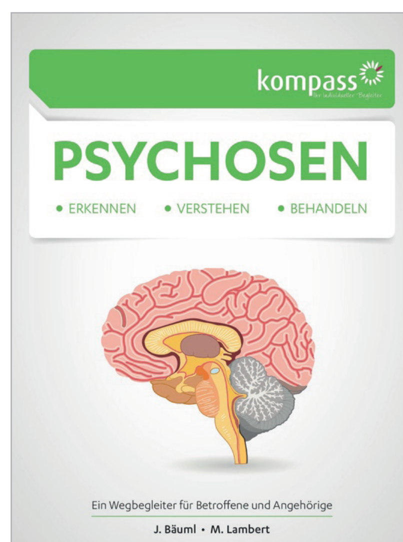
Ein Hausbesuch zu zweit bzw. zu dritt ist unabdingbar:

- bei einem ersten Hausbesuch
- im Vertretungsfall, wenn man den Patienten nicht kennt
- bei Hinweisen, dass der Behandler psychotisch verarbeitet wird (Verfolgungs- bzw. Beeinträchtigungswahn, Liebeswahn)
- wenn Patienten die Anwesenheit nur einer Person als zu ‚nah‘ empfinden und eine Triangulierung durch einen Dritten wichtig ist
- bei unklarer oder bekannter Gefährdung des Patienten und dadurch des Mitarbeiters (bei Hinweis auf psychotische Krise) – dies gilt besonders bei Patienten, die in der Vorgeschichte eigen- oder fremdgefährdend waren

3.8.9 Pharmakotherapie

Hochqualitative störungsspezifische Pharmakotherapie ist in der Akut- und Langzeitbehandlung von psychotischen Störungen ein wichtiger Baustein einer erfolgreichen Integrierten Versorgung. Entsprechend sind folgende Elemente wichtige Bausteine der Behandlung:

- Störungsspezifische Pharmakotherapie, v. a. nach Leitlinien für Schizophrenie, Bipolare Störungen und unipolare Depression
- Regelmäßige somatische Kontrollen nach Vorgaben der verordneten Psychopharmaka
- Regelmäßige Reviews und Psychoedukation bzgl. Pharmakotherapie, Adhärenz, Rückfallgefahr, etc.
- Bereitstellung von Psychoedukationsmaterialien (z. B. Psychosen erkennen, verstehen, behandeln)
- Bereitstellung einer interaktiven E-Psychoedukation-Webseite (z. B. psychose-wissen.de)



3.8.10 Psychotherapie

Der Behandler übernimmt bei entsprechender Indikation nach Möglichkeit selbst die psychotherapeutische Behandlung; ist dies nicht möglich (Kapazitätsgründe; Indikation anderen Verfahrens, ...) vermittelt er den Patienten in eine entsprechende Psychotherapie.

Die Psychotherapie basiert auf einem Psychosen-adaptierten tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzept, in dem Beziehung und Bedarf zentrale Elemente darstellen. Es ermöglicht Patienten Erfahrungen in Beziehungskontinuität zu machen und ist zum Verständnis und zur Behandlung psychotischer Kontaktschwierigkeiten hilfreich.

Das Setting (Frequenz, Dauer der Sitzungen) wird im Verlauf den Bedürfnissen, Zielen und momentanen Möglichkeiten des Patienten angepasst.

In mehr als zehn Jahren Erfahrung mit Integrierter Versorgung hat sich das störungsadaptierte tiefenpsychologische therapeutische Verfahren klinisch bewährt. Insbesondere bei dem Wunsch nach einer eher symptom- und problemspezifischen Behandlung ist eine kognitive Verhaltenstherapie von nachgewiesener Wirksamkeit. Im Gesamtteam arbeiten Kollegen mit / in tiefenpsychologischer wie verhaltenstherapeutischer Aus- und Weiterbildung zusammen, was den Verständnishorizont der Behandler erweitert.

Psychotherapie ist aber nicht nur ein zentrales Element der Behandlung. Psychotherapeutische Orientierung ist ein wesentliches Kennzeichen des Therapeutischen Assertive Community Treatment Team des UKE. Die psychotherapeutische Haltung:

- bestimmt den Zugang zum Patienten (u. a. Verständnis biographischer Anteile der Erkrankung),
- arbeitet an der Beziehungsfähigkeit der Patienten, so dass Behandlungskontinuität überhaupt erst hergestellt werden kann,
- ermöglicht das Verständnis von innerpsychischen und familiären Konflikten und typischen schizophrenen oder bipolaren Dilemmata (Mentzos), die zu psychotischen Krisen führen können (wichtig für die Rückfallprävention),
- sichert einen möglichst professionellen Umgang mit der oft schwierigen Dynamik, die sich zwischen Patient, Familiensystem und Behandlungssystem entwickeln kann,
- sichert in der Akut- und Zuhausebehandlung einen sensiblen Umgang mit den fragilen „Grenzen“ psychotischer Patienten, die typischerweise unter einer Nähe-Distanz-Problematik leiden (Hausbesuche werden schnell als invasiv, übergriffig erlebt).

Aus den genannten Gründen kommt beziehungsorientierten Verfahren besondere Bedeutung zu. Da Familieninterventionen und Arbeit mit dem Netzwerk wichtig sind, ist ausreichende familientherapeutische Qualifikation im Team sicherzustellen.

3.8.11 Soziotherapie

Soziotherapeutische Interventionen sind bei dem Ausmaß des sozialen Unterstützungsbedarfs ein wesentlicher Baustein der Behandlung (siehe auch 2.2). Entsprechend bieten nahezu alle beteiligten Behandlungseinheiten (u. a. Spezialstation für Psychosen und bipolare Störungen, Psychosen Spezialambulanz, TACT Team) soziotherapeutische Interventionen an. Die Koordination dieser Interventionen ist in geteilter Verantwortung von Sozialarbeitern / Sozialpädagogen und Mitarbeitern des TACT Teams.

3.8.12 Prävention von Zwangsinterventionen

Die Prävention von Zwangsinterventionen beinhaltet v. a. die Verhinderung von Zwangseinweisungen. Ergebnisse des Hamburger Modells haben hier gezeigt, dass im Vergleich zur Regelversorgung etwa 7mal weniger Zwangseinweisungen stattfinden (siehe 3.10).

Die Verhinderung von Zwangseinweisungen wird hauptsächlich durch folgende Interventionen erreicht:

- Engmaschiger Kontakt zum Patienten und dessen Netzwerk
- Bereitstellung einer 24h täglichen Rufbereitschaft
- Frühzeitige Interventionen bei medikamentöser Non-Adhärenz bzw. beginnendem Rückfall
- Begleitung des Patienten bei Notwendigkeit einer stationären Behandlung

3.8.13 Familien- und Netzwerkgespräche

Familien- und Netzwerkgespräche sind ebenfalls fester Bestandteil der Behandlung in der Integrierten Versorgung. Diese finden in allen beteiligten Behandlungseinheiten koordiniert mit allen wesentlichen Personen statt und werden dem Patienten und dessen Netzwerk regelhaft angeboten. Inhaltlich gehören hierzu u.a. Familiengespräche, Paargespräche und sog. Netzwerktreffen, in denen Patienten, Angehörige und das behandelnde Netzwerk wichtige richtungsweisende Entscheidungen diskutieren und gemeinsam Maßnahmen und deren Umsetzung beschließen und koordinieren.

3.8.14 Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern

Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gehören zu dem sektorenübergreifenden Netzwerk der Integrierten Versorgung. Mit der Teilnahme verpflichten sich diese zu:

- Leitliniengerechter Behandlung der psychotischen Störung wie im Vertrag festgehalten, insbesondere der Medikation
- Therapeutische Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern der Integrierten Versorgung, insbesondere mit dem TACT Team
- Bevorzugte Terminvergabe für Patienten der Integrierten Versorgung (≤ 1 Woche Wartezeit)
- Häufigere Therapiekontakte für Patienten der Integrierten Versorgung

Ein Informationsaustausch zwischen Niedergelassenen und den Behandlern des UKE ist unbedingt erforderlich:

- in Krisen, insbesondere bei Hinweisen auf Selbst- und / oder Fremdgefährdung
- bei fraglicher Indikation zur stationären Behandlung
- bei Entlassung von Station (Kurzbrief bei Entlassung, zeitnaher Arztbrief der behandelnden Station, nach Möglichkeit auch telefonische Übergabe)
- bei wichtigen Veränderungen der Medikation (z. B. Umstellung)
- wenn der Patient vereinbarte Termine nicht wahrnimmt, z. B. Depottermine ‚verpasst'
- wenn der Eindruck entsteht, dass es Uneinigkeit bei Art und Gestaltung der Behandlung des Patienten und über die Zuständigkeit gibt

Für die Kommunikation zwischen Niedergelassenen und TACT Team erhalten diese die Handynummern der zuständigen Mitarbeiter oder nutzen bei Unklarheiten und im Notfall das Bereitschaftshandy. Die niedergelassenen Kooperationspartner werden einmal im Quartal zu einer Besprechung ins UKE eingeladen. Bei entsprechender Absprache können Besprechungen von mehr als 3 Patienten auch in der Praxis des Niedergelassenen vereinbart werden.

3.8.15 Zusammenarbeit mit anderen Partnern

Der Bezugstherapeut hält auch während erforderlicher (teil-)stationär-psychiatrischer Aufenthalte oder rehabilitativer Maßnahmen des Patienten den Kontakt und tauscht sich mit den jeweiligen Behandlern oder anderen wichtigen Personen aus.

Der Bezugstherapeut hält die Kontinuität, gibt entscheidende Informationen an die Kollegen weiter und beteiligt sich regelmäßig an den wöchentlichen Behandlungskonferenzen. Somit sollte der Bezugstherapeut an wichtigen Entscheidungen z. B. Medikation, Entlassung, Wohneinrichtung, Pflegedienst etc. beteiligt sein.

3.8.16 Ausscheiden aus der Integrierten Versorgung

In den folgenden Fällen scheidet ein Patient aus der IV aus:

- Patient ist nicht mehr in der räumlichen Nähe zum IV-Angebot (Umzug)
- Ende der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse
- Patient / Betreuer widerruft Teilnahme am IV-Vertrag
- Mit dem Ende der Laufzeit des Vertrages
- Es liegt eine derartige Schwere der psychotischen Störung vor, dass eine adäquate Versorgung / Behandlung im Rahmen des Vertrages nicht mehr gewährleistet werden kann
- Weiterbehandlung des Patienten in einem anderen akutstationären Krankenhaus mit einem Aufenthalt von mehr als 3 Tagen nach Rücksprache mit der Krankenkasse.

Allerdings wird mit allen Mitteln versucht, den Patienten in der Behandlung zu halten.

3.8.17 Falldokumentation und Leistungsdokumentation

Die in TACT üblicherweise verwendete Fall- und Leitungsdokumentation ist in Tabelle 5 dargestellt.

Tab. 5. Beispiele von Dokumentation und Leitungsdokumentation im Hamburger Modell

<table>
<tr><th>Dokumentation (Bsp.)</th><th>Leistungsdokumentation (Bsp.)</th></tr>
<tr><td>Dokumentation bei Aufnahme</td><td rowspan="4">• Erstgespräch
• Körperliche Untersuchung
• Labor
• Bildgebung
• Psychologische Diagnostik
• Behandlungsplanung
• Allgemeine individuelle Intervention
• Sozialarbeit / soziotherapeutische Intervention
• Einzelpsychotherapie
• Psychologische Exposition
• Gruppenpsychotherapie
• Familientherapie
• Paartherapie
• Kreativtherapie, Kunsttherapie
• Bewegungstherapie, Tanztherapie
• Exkursion
• Netzwerkgespräche
• Aufsuchende Behandlung (Hausbesuche)
• Angehörigengespräche
• Angehörigengruppe
• Telefonat
• Pharmakotherapie
• Bereitschaftsdienst-Interventionen
• Attest, Gutachten, Sozialbericht
• Intervision, Supervision</td></tr>
<tr><td>• Aktuelle Situation
• Biographie
• Soziale Situation (z. B. allein lebend / in Partnerschaft; Kinder; Berufstätigkeit…)
• Gesetzliche Betreuung / Aufgabenkreise
• Krankheitsanamnese
• Somatische Vorerkrankungen
• Medikation (aktuell, Vormedikationen)
• Psychopathologischer Befund, insbesondere Eigen- und / oder Fremdgefährdung
• Somatischer Befund
• Früher stabilisierend: Was hat im Verlauf früher stabil gehalten, was war hilfreich?</td></tr>
<tr><td>Dokumentation im Verlauf</td></tr>
<tr><td>• Psychopathologie, insbesondere Eigen- und / oder Fremdgefährdung
• Krisen
• Wichtige Interventionen
• Verlauf therapeutischer Gespräche, Angehörigen- und Familiengespräche
• Aktuelle Medikation (bei Änderungen)
• Behandlungsziele und Vereinbarungen mit dem Patienten</td></tr>
</table>

3.9 Qualitätssicherung

Im Rahmen des Hamburger Modells werden zahlreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt. Diese sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tab. 6. Qualitätssicherungsmaßnahmen (QM) im Hamburger Modell

QM-Domäne	Qualitätssicherungsmaßnahmen
Struktur- und Prozessqualität	
Förderung von Aufklärung, Wissen und Service Inanspruchnahme im Netzwerk	• Trialogische Informations- und Begegnungsprojekte in Schulen, Betrieben und der Universität, Tage der offenen Tür; durchgeführt von Irre Menschlich Hamburg e.V. • Förderung des Wissens im Netzwerk, u.a. durch Fortbildungen, Entwicklung von Websites (www.psychenet.de, www.psychose-wissen.de, www.psychose.de), Psychoedukationsbroschüren, e-Learning Programmen zu Psychosen, bipolaren Störungen und unipolarer Depression • Förderung der Service Inanspruchnahme u.a. durch Einbindung der Früherkennungsambulanz für psychische Störungen (FePS), Webseite zur Integrierten Versorgung, Screening aller Patienten des UKE auf Indikation zur Teilnahme
Förderung und Sicherung der Netzwerkqualität	• Vertragliche Vereinbarungen über Inhalt und Evaluation der Integrierten Versorgung (zwischen UKE und Krankenkassen, zwischen UKE und Netzwerkpartnern) • Implementierung einer Managementstruktur für die Integrierte Versorgung mit den Inhalten Finanzverwaltung und Finanzmonitoring, Kommunikation mit Krankenkassen und externen Leistungserbringern, Einbindung neuer externer Leistungserbringer, Vertragsumsetzung, Leistungsdokumentation, Erstellung der Ergebnis- und Leistungsberichte für die Krankenkassen • Implementierung eines speziellen Dokumentationssystems innerhalb der IT-gestützten Patientenakte • Kontinuierliche Überprüfung der definierten Qualitätsziele des Netzwerks durch jährliche Ergebnisqualitätsberichte und vierteljährliche Leistungsberichte an die Krankenkassen • Screening aller Patienten des UKE auf Indikation und Dokumentation von Einschluss und Nicht-Einschluss mit Begründung • Ausstattung der Mitarbeiter der Integrierten Versorgung (Räume, IT-Systeme, Autos, Mobiltelefone, etc.) • Hinterlegung von Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb des zertifizierten QM-Systems der beteiligten Kliniken im UKE • Erreichbarkeit der Mitarbeiter der Integrierten Versorgung durch Implementierung einer 24-stündigen Bereitschaftsnummer, Handys für Mitarbeiter • Implementierung von Patienteninformationen und Patientenverträgen inklusive Aufklärung über die Behandlung, Umgang mit Datenschutz und Einwilligung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungs-Begleitstudie

QM-Domäne	Qualitätssicherungsmaßnahmen
Struktur- und Prozessqualität	
Förderung und Sicherung der Behandlungsqualität im Netzwerk	• Rückmeldung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsstudie an die TACT Teams zur Förderung der Behandlungsqualität (u.a. über Publikationen) • Treffen der Mitarbeiter der Integrierten Versorgung zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit, zur Überprüfung der Behandlungsinhalte und ggf. zur Implementierung neuer Interventionen • Fallkonferenzen und Qualitätszirkel unter Einbindung des Netzwerks • Sicherung der Indikationsstellung durch vordefinierte Ein- und Ausschlusskriterien mit Dokumentation und Meldung an die Krankenkassen • Standardisierte Aufnahme- und Verlaufsuntersuchung aller eingeschlossenen Patienten (Inhalte siehe Ergebnisqualität) • Wöchentliche oberärztliche Supervision, tägliche Intervision und zweiwöchentliche externe Supervision • Zugang zu allen somatischen Diagnostik- und Therapieangeboten des UKE durch dauerhafte Führung der Patienten als „stationäre Fälle" im UKE
Ergebnisqualität	
Monitoring der Ergebnisqualität und der erbrachten Leistungen	• Implementierung einer fortlaufenden multidimensionalen Qualitätssicherungsstudie mit vordefinierten Inhalten und Erhebungszeitpunkten (Aufnahme, 6 Wochen, 3 Monate, 6 Monate, fortlaufend alle 6 Monate) • Standardisierte Aufnahmeuntersuchung inklusive Soziodemographie, Hauptdiagnose, komorbide psychische und somatische Diagnosen (untersucht mit SKID I und II) sowie soziale Unterstützungsbedarfs-Z-Diagnosen, Familienanamnese (psychische und psychotische Störungen bei Verwandten 1. und 2. Grades), Belastungsfaktoren / traumatische Ereignisse in der Vorgeschichte, prämorbides Funktionsniveau, Dauer des Prodroms und der unbehandelten Psychose, psychiatrische, psychotherapeutische und medikamentöse Vorbehandlung, medikamentöse Adhärenz vor Aufnahme, Betreuungsstatus, Suizidversuche in der Vergangenheit, Zwangseinweisungen in der Vorgeschichte (Lebenszeit und in den letzten 2 Jahren) • Aufnahmeuntersuchung unter Anwendung von standardisierten Skalen für Psychopathologie, Schwere der Erkrankung, Funktionsniveau, Lebensqualität (subjektiv und für die Berechnung von quality adjusted life years (QALYs)), Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen mit der Vorbehandlung und Service Engagement • Kontinuierliche Verlaufsuntersuchungen unter Anwendung von standardisierten Skalen zu den o.g. Zeitpunkten von Psychopathologie, Schwere der Erkrankung, Funktionsniveau, Lebensqualität (subjektiv und für die Berechnung von QALYs), Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen mit der Behandlung und Service Engagement, Erhebung der Häufigkeit von Behandlungsabbruch mit Gründen, medikamentöse Adhärenz, Rückfälle (mit und ohne stationäre Wiederaufnahme), Zwangseinweisungen im Verlauf • Kontinuierliche Dokumentation aller Leistungen innerhalb der Integrierten Versorgung (gesamt, durch die ACT-Teams, in der Psychosen Spezialambulanz, durch die niedergelassenen Psychiater), Dokumentation von psychotherapeutischen Leistungen (Patienten mit und ohne Psychotherapie, gesamte psychotherapeutische Leistungen, Einzel- und Gruppenpsychotherapie)

Integrierte Versorgung und Hamburger Modell

3.10 Effektivität und Effizienz des Hamburger Modells

Das Hamburger Modell wurde bis dato in drei verschiedenen Studien untersucht (siehe Abb. 5):

1. **ACCESS I Studie:** 1-Jahr Integrierte Versorgung mit therapeutischem ACT (TACT) bei Erst- und Mehrfacherkrankten versus Standardbehandlung (N=120, Schizophrenie-Spektrum; Lambert et al. 2010, Karow et al. 2012).

2. **ACCESS II Studie:** Fortlaufende Evaluation der Integrierten Versorgung mit TACT bei Erst- und Mehrfacherkrankten (derzeit > 10 Jahre Nachbeobachtungszeit; Schöttle et al. 2014, Lambert et al. 2014a, Karow et al. 2014, Lambert et al. 2014b, Lambert et al. 2015a, Schöttle et al. 2015, Lambert et al. 2016a, Schmidt et al. 2017, Schöttle et al. under review, Lambert et al. Epub ahead of print).

3. **ACCESS III Studie:** 1-Jahr Integrierte Versorgung TACT bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Integrated Care Early Psychosis, ICEP) versus Standardbehandlung (N=225, Psychose-Spektrum; Lambert et al. 2015b, 2016b, 2017a)

Abb. 5. Überblick über die Studien zum Hamburger Modell mit Titel und Literaturangaben

ACCESS Studien	Inhalt	Literatur
ACCESS I Studie (publiziert)	1-Jahr integrierte Versorgung Hamburger Modell mit therapeutischen ACT (TACT) bei Erst- und Mehrfacherkrankten versus Standardbehandlung (N = 120, Schizophrenie-Spekturm)	Lambert et al. 2010, Karow et al. 2012
ACCESS II Studie (fortlaufend publiziert)	Langzeitstudie zur integrierten Versorgung Hamburger Modell mit TACT bei Erst- und Mehrfacherkrankten (derzeit > 10 Jahre Nachbeobachtung)	Schöttle et al. 2014, Lambert et al 2014b, Karow et al. 2014, Lambert et al 2014b, Lambert et al 2015a, Schöttle et al. 2014, Lambert et al 2016, Schmidt et al. Epub ahead of print, Schöttle et al. in review, Lambert et al in review
ACCESS III Studie (publiziert)	1-Jahr integrierte Versorgung Hamburger Modell TACT bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (integrated Care Early Psychosis, ICEP) versus Standardbehandlung (N = 225, Psychose-Spektrum)	Lambert et al 2015b, Lambert et al 2016b, Lambert et al 2017a

3.10.1 Effektivität

Die Effektivität des Hamburger Modells wurde in den ACCESS-Studien in den Bereichen Abbruch der Gesamtbehandlung, Veränderung von Psychopathologie, Funktionsniveau, Lebensqualität, Zufriedenheit mit der Behandlung und Zwangsbehandlungen überprüft. Zusammengefasst zeigten sich folgende Unterschiede im Vergleich zur Regelversorgung:

- Weniger Gesamtbehandlungsabbrüche
- Größere Verbesserungen von Psychopathologie, Funktionsniveau, Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Behandlung
- Höhere Raten von psychofunktionaler Remission
- Weniger Zwangseinweisungen

3.10.2 Effizienz

In den ACCESS-Studien wurde neben der Effektivität stets auch die Effizienz gemessen. Zusammengefasst zeigten sich folgende Unterschiede im Vergleich zur Regelversorgung:

- Numerisch geringere Jahreskosten bei schizophrenen Patienten
- Numerisch geringere Jahreskosten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der frühen Phase einer Psychose
- Reduktion von Kosten über die Zeit

3.11 Finanzierung

Das Hamburger Modell ist ein „Capitation-Modell“ (siehe 3.2.1), d.h. das UKE erhält für die Behandlung eine Jahrespauschale von den Krankenkassen. Die Jahrespauschale wird zunächst für die ersten 2 Jahre festgelegt und beinhaltet alle Leistungen, die unter 3.11.1 aufgeführt sind. Ein wichtiger Finanzierungsaspekt ist darüber hinaus Teil des Vertrages: im Falle einer voll- und teilstationären Aufnahme vor Beginn der Teilnahme startet die Jahrespauschale am Tag der stationären Aufnahme und nicht am Tag des Einschlusses.

3.11.1 Leistungsumfang

Folgende Leistungen sind Teil des Hamburger Modells und werden über die Jahrespauschale finanziert:

- Früherkennungsambulanz für psychische Störungen (FePS)
- Vollstationäre Behandlung (Akutstation und Spezialstation)
- Teilstationäre Behandlung (TK für Ersterkrankte und Post-Akut)
- Ambulanz für Psychosen und Bipolare Störungen
- Arbeitstherapie (Tagesklinik und Ambulanz)
- Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) Team
- 24h tgl. / 365 Tage / Jahr Bereitschaftsdienst
- Intensivere Behandlung durch niedergelassene Psychiater
- Psychotherapeutische Behandlung
- Managed Care
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

3.11.2 Jahrespauschalen

Die Jahrespauschalen werden nach einem festgelegten Algorithmus berechnet. Dieser beinhaltet vor allem:

- Inanspruchnahme voll- oder teilstationärer Behandlung im Indexjahr

- Versicherung bei einer der beteiligten Krankenkassen
- Psychose Diagnose nach ICD-10 als Haupt- oder Nebendiagnose
- ≥ 8 Tage Behandlungstage damit von einer richtigen Behandlung ausgegangen werden kann
- Jahres-Überlieger werden dem Aufnahmejahr zugerechnet

3.11.3 Folgepauschalen

Ab dem 3. Behandlungsjahr erfolgt die Abrechnung über eine von vier Pauschalen, die patientenindividuell anhand des Schweregrades der Erkrankung und des Funktionsniveaus ermittelt wird. Zu den Zeitpunkten 18 und 24 Monate werden die Werte der „Clinical Global Impression"-Skala (CGI-S; für affektive Psychosen CGI-BP) und der „Global Assessment of Functioning"-Skala (GAF) gemessen. Es wird der durchschnittliche Wert gebildet und in vier Kategorien eingeteilt:

- Gruppe 1: CGI-S / CGI-BP ≥ 6 Punkte und GAF ≤ 40 Punkte
- Gruppe 2: CGI-S / CGI-BP 4–5 Punkte und GAF 41–64 Punkte
- Gruppe 3a: CGI-S / CGI-BP ≤ 3 Punkte und GAF ≥ 65 Punkte ohne Psychotherapie
- Gruppe 3b: CGI-S / CGI-BP ≤ 3 Punkte und GAF ≥ 65 Punkte mit Psychotherapie

Diese Untersuchungen werden am Ende des jeweiligen weiteren Behandlungsjahres fortwährend durchgeführt und die Patienten jährlich neu kategorisiert. Die Krankenkassen zahlen damit ab dem 3. Behandlungsjahr über alle Patienten gesehen deutlich weniger. Damit profitieren auch die Krankenkassen finanziell von der langfristigen Stabilisierung der Patienten.

Literatur

Addington J, Heinssen RK, Robinson DG et al. Duration of Untreated Psychosis in Community Treatment Settings in the United States. Psychiatr Serv 2015; 66: 753–6.

Bagalman E, Napili A. Prevalence of Mental Illness in the United States: Data Sources and Estimates. Congressional Research Service 7–5700 www.crs.gov R43047, 2015.

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. Was ist zu tun. Agenda 2020 zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen. Familien-Selbsthilfe Psychiatrie, 2013. URL: http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/bapk/ueberuns/materialien/agenda_2020_2013.pdf (abgerufen am 6.1.2017)

Delespaul PH; de consensusgroep EPA. Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in the Netherlands. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 427–38.

Gühne U, Riedel-Heller S. Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/schwerpunkte/Expertise_Arbeitssituation_2015–09–14_fin.pdf

Gühne U, Weinmann S, Arnold K et al. S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2015; 265: 173–88.

Hedden SL, Kennet J, Lipari R, Medley G, Tice P. Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.htm#idtextanchor000

Karow A, Bock T, Daubmann A, et al. The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 2. Results of the clinical course over 2- and 4-years of treatment. Psychiatr Prax 2014; 41: 266–73.

Karow A, Reimer J, Schulz H, et al. Cost-utility analysis of 12 months Assertive Community Treatment as part of Integrated Care versus Standard Care in patients with schizophrenia treated with Quetiapine (ACCESS Trial). J Clin Psychiatry 2012; 73: 402–408.

Kruse J, Herzog W. Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz, 2012. URL: http://www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf (abgerufen am 6.1.2017)

Lambert M, Bock T, Schöttle D, et al. Assertive Community Treatment (ACT) as part of Integrated Care versus Standard Care: a 12-month trial in patients with first- and negatively selected multiple-episode schizophrenia-spectrum disorders treated with quetiapine IR. J Clin Psychiatry 2010; 71: 1313–23.

Lambert M, Bock T, Daubmann A, et al. The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 1. Rationale, treatment concept and results of the pre-study. Psychiatr Prax 2014a; 41: 257–65.

Lambert M, Ruppelt F, Rohenkohl A, et al. Langzeittherapie in der Schizophrenie - Erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. Psychopharmakotherapie 2016a; 23: 58–66.

Lambert M, Schöttle D, Bock T, et al. Integrierte Versorgung nach dem Hamburger Modell für Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen: Behandlungsmodell, Patientencharakteristika, Therapieintensität und Effektivitätsergebnisse. Psychotherapeut 2014b; 59: 95–99.

Literatur

Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F, et al. Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen: 3-Jahres Ergebnisse des Hamburger Modells. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015a; 58: 408–19.

Lambert M, Schöttle D, Sengutta M, et al. Early Detection and Integrated Care in Adolescents and Young Adults with Severe Psychotic Illnesses. Psychiatr Prax 2015b;42 Suppl 1: 49-53.

Lambert M, Schöttle D, Sengutta M, et al. Early detection and integrated care for adolescents and young adults with severe psychotic disorders: rationale and design of the Integrated Care in Early Psychosis study (ACCESS III). Early Interv Psychiatry, 2016b Sep 12 [Epub ahead of print].

Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F, et al. Early detection and integrated care for adolescents and young adults with psychotic disorders: the ACCESS III study. Acta Psychiatr Scand, 2017a Aug;136(2):188–200.

Lambert M, Karow A, Ohm G, et al. RECOVER: Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregrad-gestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen Innovationsfonds - Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, Knieps F, Lägel R, Ozegowski S, Schlenker R-U, Sjuts R (Hrsg.). Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2017b, pp. 252–265.

Lambert M, Karow A, Deister A, et al. Steuerung psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. In Krankenhausmanagement in Psychiatrie und Psychotherapie: Strategien, Konzepte und Methoden, Sektion Organisationsformen psychiatrischer Versorgung; Deister A, Pollmächer T, Falkai P, Erk K (Hrsg.). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2017c.

Lambert M, Kraft V. Manual 4: Evidenzbasierte Implementierung, Zertifizierung und Auditierung von Crisis Resolution Teams (CRTs); © UKE 2017c.

Lambert M, Ruppelt F, Siem A-K, et al. Comorbidity of chronic somatic diseases in patients with serious psychotic disorders and their influence on 4-year outcomes of integrated care treatment (ACCESS II study). Schizophr Res, in press.

Lexén A, Svensson B. Mental health professional experiences of the flexible assertive community treatment model: a grounded theory study. J Ment Health 2016; 25: 379–384.

Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. BMC Psychiatry 2014; 14: 39.

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 2011; 13;(4): CD001089.

Marshall T, Goldberg RW, Braude L, et al. Supported employment: assessing the evidence. Psychiatr Serv 2014;65(1):16–23.

NHS England. The National Collaborating Centre for Mental Health and the National Institute for Health and Care Excellence. Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance, 2016.

Nordén T, Malm U, Norlander T. Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2012; 8: 144-51.

Nugter MA, Engelsbel F, Bähler M, et al. Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. Community Ment Health J, [Epub ahead of print].

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2014) Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies 2014, OECD Publishing.

Psychoreport 2015 Deutschland braucht Therapie. Herausforderungen für die Versorgung, 2015 URL: https://www.dak.de/dak/download/DAK-Psychoreport_2015-1718180.pdf (abgerufen am 11.01.2017).

Schindler A, Lambert M, Karow, A et al. Integrierte Versorgung für Borderline-Patienten – ein längst überfälliges Konzept. Psychiat Prax 2016; 43: 409–410.

Schindler A, Schäfer I. Manual 8b: Integrierte Versorgung für Borderline-Patienten. In preparation.

Schmidt SJ, Lange M, Schöttle D, et al. Negative symptoms, anxiety, and depression as mechanisms of change of a 12-month trial of assertive community treatment as part of integrated care in patients with first- and multi-episode schizophrenia spectrum disorders (ACCESS I trial). Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, [Epub ahead of print].

Schöttle D, Bock T, Meigel-Schleiff C, et al. Translating research into clinical practice: effectiveness of Integrated Care (IC) including therapeutic Assertive Community Treatment (ACT) in severe and persistent schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders – a 24 months follow-up study (ACCESS II study). J Clin Psychiatry 2014; 75: 1371–1379.

Schöttle D, Ruppelt F, Karow A, et al. Hometreatment – Aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. Psychotherap Psych Med 2015; 65: 140–145.

Schöttle D, Schimmelmann BG, Ruppelt F, et al. Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders: Four-year follow-up within the ACCESS II study. PLOS One, under Review.

Teague GB, et al. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. Am J Orthopsychiatry 1998; 68: 216–232.

van Veldhuizen JR, Bähler M. Manual Flexible ACT, Groningen 2013. Deutsche Übersetzung von V. Kraft, A. Wüstner & M. Lambert © UKE 2017.

Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, Paterson B, Zugaro CG, Johnson S. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. BMC Psychiatry 2015; 15: 74.